

OGGI
PER DOMANI

BAYERISCHE
VITA

BAYERISCHE
ASSICURAZIONI

Mod. BV BA 135/99
il cui testo è conforme a quello depositato
presso il Notaio Fabio Capaccioni
in data 25/6/1999, repertorio n. 45435

OGGI PER DOMANI



BAYERISCHE
VITA



BAYERISCHE
ASSICURAZIONI

INDICE

BAYERISCHE VITA - GRUPPO BBV

PAG. 3

PIANO ASSICURATIVO "OGGI PER DOMANI"

PIANO VITA

DISCIPLINA DEL CONTRATTO E DEFINIZIONI	PAG. 10
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	PAG. 11
INTEGRAZIONE DELLE CONDIZIONI GENERALI PER ASSICURAZIONI	
CON VISITA MEDICA IN ASSENZA DEL TEST HIV	PAG. 15
CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONI	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 DEI PREMI PER INVALIDITÀ	PAG. 24
CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA	PAG. 27
RINUNCIA TEMPORANEA AI PRESTITI	PAG. 28
REGOLAMENTO DEL  Fondo Bayerische Nuovo Secolo	PAG. 29

NOTA INFORMATIVA

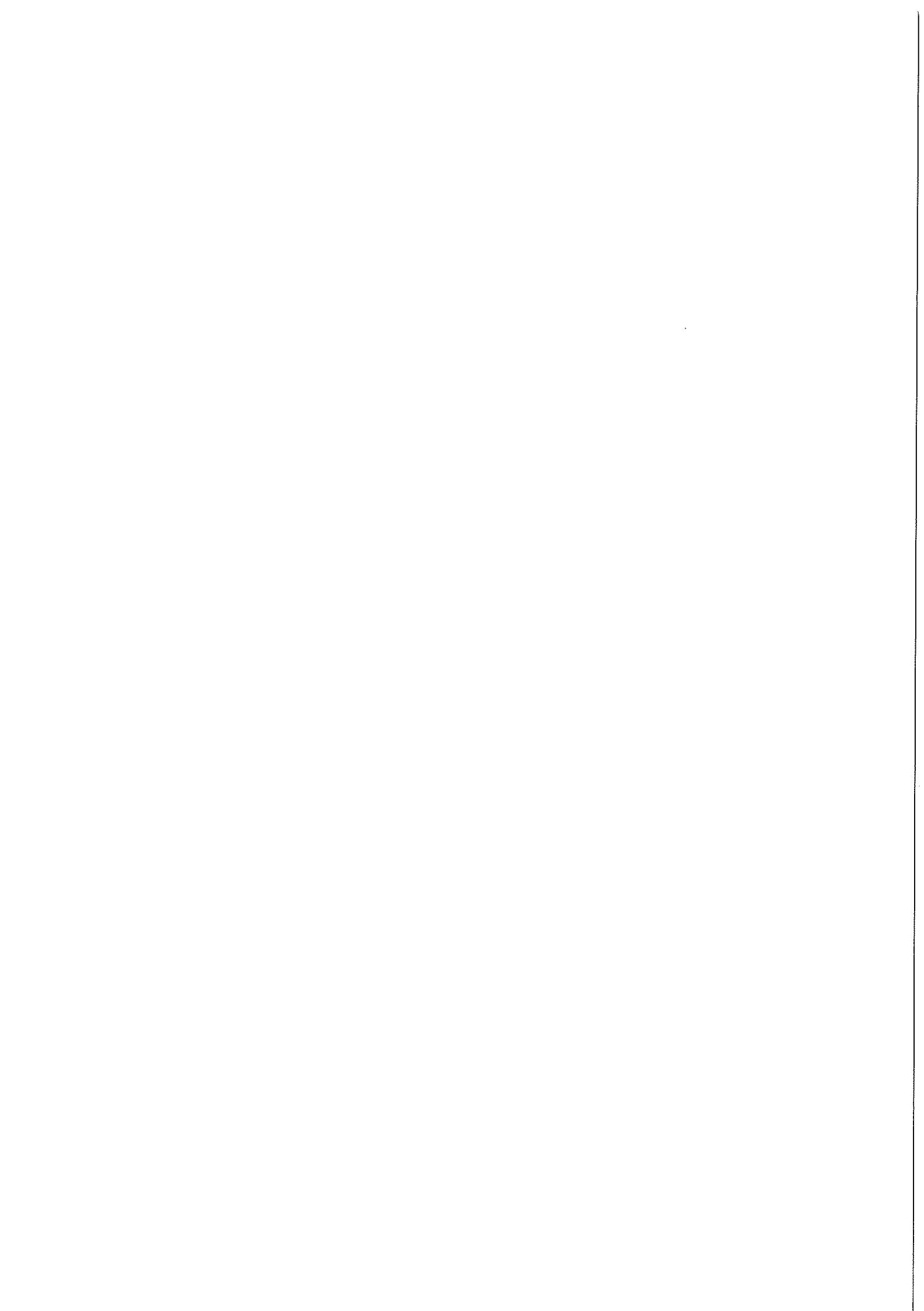
PREMESSA	PAG. 32
A - INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ	PAG. 32
B - INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO	PAG. 32
C - INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO	PAG. 39
SCHEMA DI PROGETTO ESEMPLIFICATIVO	PAG. 40
PROGETTI ESEMPLIFICATIVI	PAG. 41

PIANO DANNI

DISCIPLINA DEL CONTRATTO E DEFINIZIONI	PAG. 46
NORME GENERALI DI ASSICURAZIONE	PAG. 47
- INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	PAG. 49
- LA DIARIA DA RICOVERO O DA INGESSATURA	PAG. 51
- IL RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	PAG. 53
INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	PAG. 54
NORME COMUNI	PAG. 57

NOTA INFORMATIVA

A - INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ	PAG. 60
B - INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO	PAG. 60



GRUPPO BBV

BAYERISCHE BEAMTEN VERSICHERUNGEN

LA "QUALITÀ" TEDESCA PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA

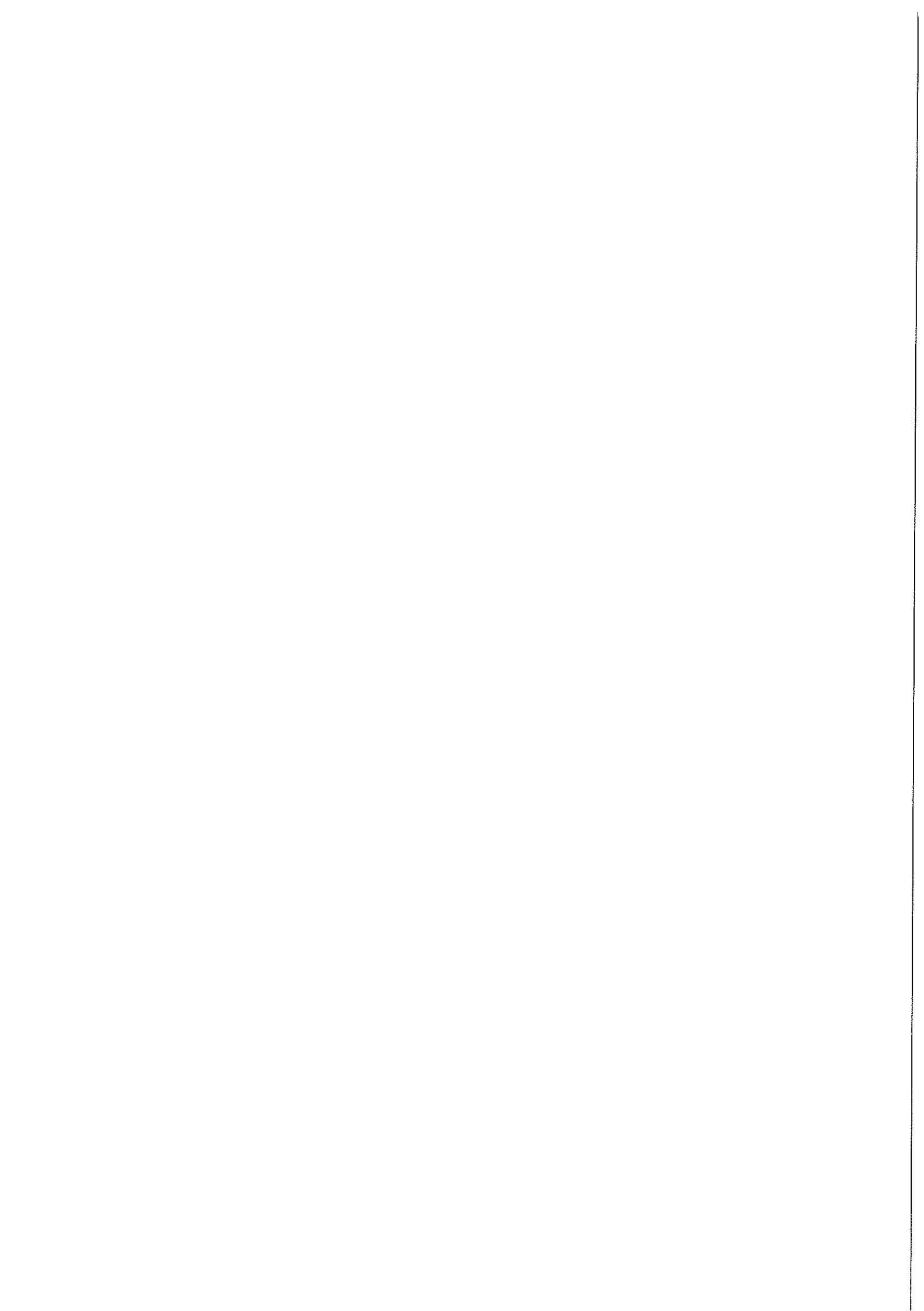
Una storia di competenza e progresso dal 1902.

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

Una tradizione di sicurezza che significa saper affrontare e risolvere i problemi specifici di ogni singolo Assicurato con efficienza e precisione.

Leader in Germania con un patrimonio di esperienza consolidato nel corso di cento anni, BBV è presente in Italia con Bayerische Vita e Bayerische Assicurazioni.

Due Compagnie che si distinguono per l'alto livello di affidabilità, la qualità del servizio e la gamma di prodotti orientati alla persona, in funzione di un obiettivo preciso:
vivere in piena serenità ogni giorno della vita.



OGGI PER DOMANI

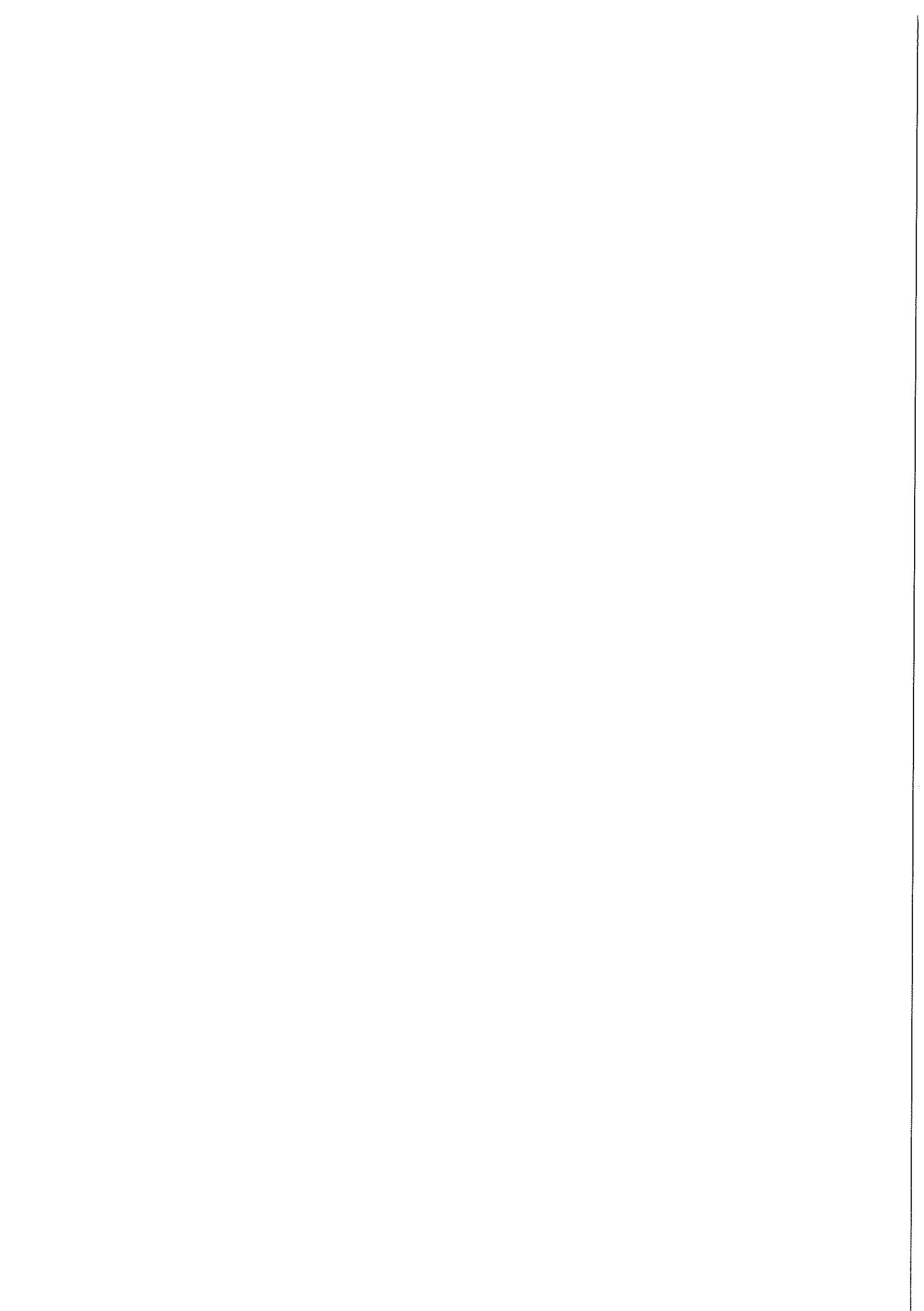
RISPOSTE PRECISE PER ESSERE TRANQUILLI E SERENI NEGLI ANNI

"OGGI PER DOMANI" 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.

"OGGI PER DOMANI" 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, "OGGI PER DOMANI" 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, "OGGI PER DOMANI" riconoscerà al Beneficiario un capitale immediato, esente da qualsiasi imposta di successione.



PIANO ASSICURATIVO OGGI PER DOMANI

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

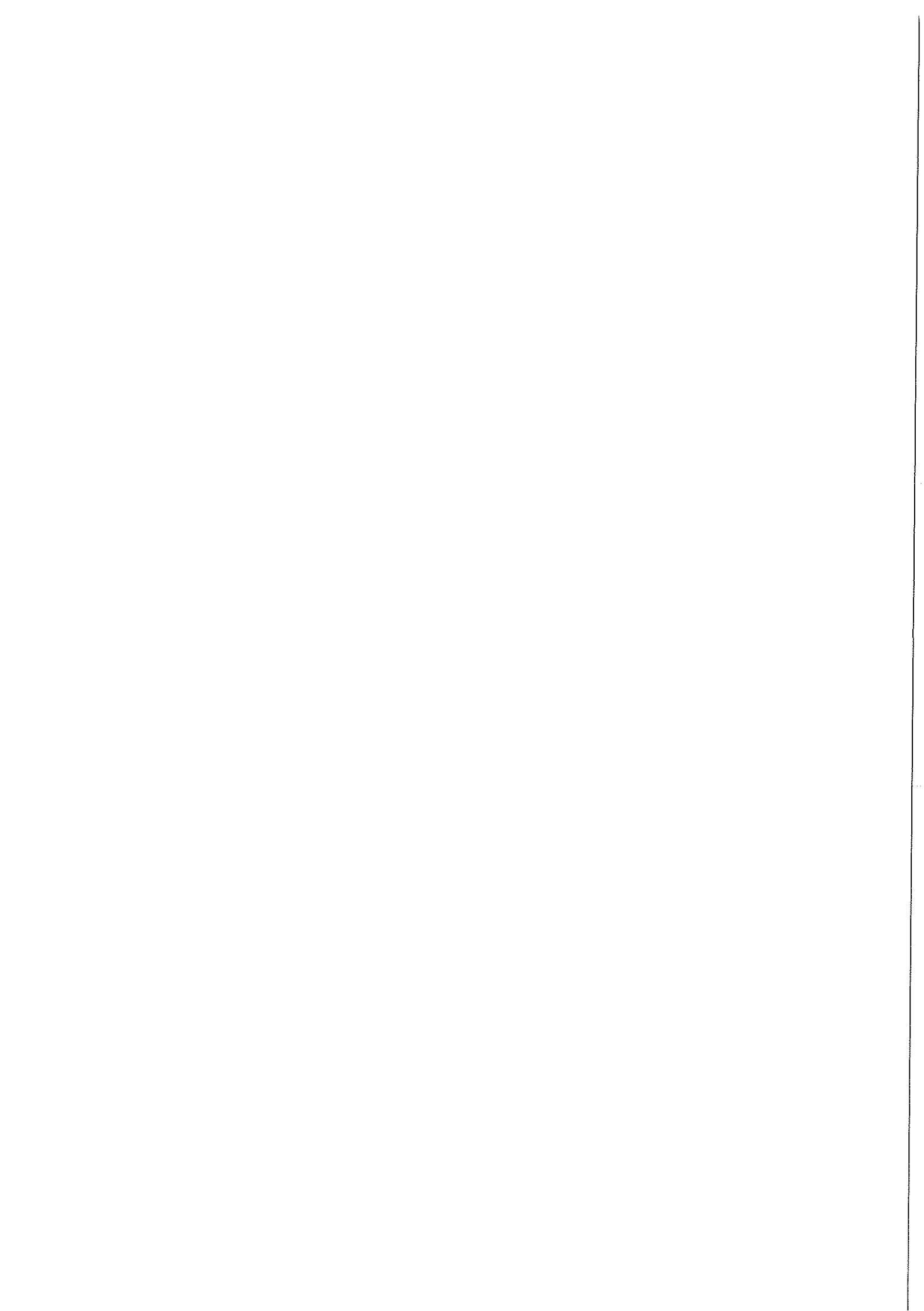
**ASSICURAZIONE PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE
DA INFORTUNIO**

**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 VITA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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.

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: BAYERISCHE VITA 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 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Decorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, la polizza è incontestabile per reticenze o dichiarazioni erronee rese dal Contraente e dall'Assicurato nella proposta di assicurazione e negli altri documenti, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, e salvo la rettifica del capitale e della rendita assicurata in base all'età vera dell'Assicurato, quando quella denunciata risulti errata.

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.

È 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 il 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. 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.

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro quietanze emesse

dalla Direzione Generale, presso la sede dell'Agenzia cui è assegnata la polizza, ovvero con le modalità indicate dalla Società. 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. È ammessa una dilazione di 30 giorni senza oneri di interessi.

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 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 documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. È comunque necessario il certificato di nascita dell'Assicurato, che può essere consegnato sin dal momento della stipula del contratto, e che, in difetto, potrà essere richiesto con lettera raccomandata dalla Società all'Assicurato in qualsiasi momento. Per i pagamenti conseguenti a decesso dell'Assicurato debbono inoltre essere consegnati:

- certificato di morte;

- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo predisposto dalla Società;
 - ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Società per propria insindacabile valutazione.
- Verificatasi la scadenza o la risoluzione del contratto, la Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione, la consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici. 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

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

INTEGRAZIONE DELLE CONDIZIONI GENERALI

(condizione valida solo se espressamente richiesta dal Contraente)

ASSICURAZIONI CON VISITA MEDICA IN ASSENZA DEL TEST HIV

Premesso che l'Assicurato non ha aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, a parziale deroga delle Condizioni Generali del presente contratto, 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.

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 e successivamente nel caso di ulteriore differimento a scadenza.

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 - REVOCA - RECESSO

Il Contraente sino alla data di ricevimento della lettera di conferma della copertura assicurativa o, in mancanza, dell'originale di polizza emesso dalla Società, ha facoltà di revocare le pattuizioni intervenute. In questa ipotesi, la Società rimborserà gli importi eventualmente percepiti, al netto della sola tassa governativa, entro 30 gg. dalla data di ricevimento della **REVOCA**.

Il Contraente, entro 30 giorni dal momento in cui riceve la lettera di conferma della copertura assicurativa, può chiedere l'annullamento del contratto, anche quando non sia pervenuto l'originale di polizza emesso dalla Società (**RECESSO**). In mancanza di lettera di conferma, il termine di cui sopra decorre dalla data di pervenimento dell'originale di polizza.

Nelle ipotesi di recesso, il rimborso verrà effettuato al netto della tassa governativa e la Società avrà inoltre diritto a trattenere la quota di premio relativa al periodo di rischio effettivamente corso.

In ambedue i casi la Società ha infine diritto al recupero delle spese effettive sostenute nella misura del 2% del premio netto annuo con un massimo di L. 50.000.

ART. 4 - 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 definito, 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 cinque annualità di premio e del 2,75%, qualora il numero dei premi corrisposti sia inferiore a cinque.

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. 5 - RISCATTO

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 l'antidurata trascorsa.

ART. 6 - RIATTIVAZIONE

In deroga allo specifico articolo delle Condizioni Generali di Polizza, l'assicurazione, risoluta 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.

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

ART. 7 - OPZIONI

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 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 BAYERISCHE 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 4 del regolamento della gestione speciale "FONDO BAYERISCHE NUOVO SECOLO", per l'aliquota di partecipazione fissata di anno in anno. L'aliquota non risulterà inferiore all'80%.

Al fine di cui sopra, il rendimento della gestione speciale "FONDO BAYERISCHE 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%.

La misura annua di rivalutazione è uguale al rendimento 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 prestazione ridotta, 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).

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 cade 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

CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE DELLA RENDITA DI OPZIONE

luogo ad alcuna rivalutazione del capitale assicurato.

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 BAYERISCHE 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 4 del regolamento della gestione speciale "FONDO BAYERISCHE NUOVO SECOLO", per l'aliquota di partecipazione fissata di anno in anno. L'aliquota non risulterà inferiore all'80%.

Al fine di cui sopra, il rendimento della gestione speciale "FONDO BAYERISCHE 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%.

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 del valore di opzione e scontato per un anno al tasso tecnico predetto.

B) MODALITÀ DI RIVALUTAZIONE DELLA RENDITA ASSICURATA

Ad ogni anniversario della data di rivalutazione del contratto, successiva alla data di conversione, la rendita assicurata alla ricorrenza precedente verrà rivalutata incrementandola 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.

Le variazioni in aumento di cui sopra saranno annualmente comunicate a Contraente.

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 - DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali, obiettivamente constabili, 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:

- dall'esercizio dei seguenti sport: alpinismo, con accesso a ghiacciai e scalate di rocce, speleologia, guidoslitta, salti dal trampolino con sci, polo e caccia a cavallo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, rugby, gioco del calcio per gli iscritti partecipanti a gare di campionato o tornei di ogni genere, atletica pesante, pesca subacquea baseball, paracadutismo;
- 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 400 milioni di lire; 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 400 milioni di lire 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 - RESCISSIONE

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 autoveicoli 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 esonerà 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 - DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Ai sensi e per gli effetti della presente assicurazione complementare si intende colpito da invalidità totale e permanente colui che, per sopravvenutagli malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purché l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità dell'esercizio della professione o mestiere dichiarati alla Società ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

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.

ART. 4 - DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ E OBBLIGHI RELATIVI

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente è tenuto a farne denuncia alla Direzione della Società a mezzo lettera raccomandata, accludendo un particolareggiato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che ha prodotto l'invalidità. A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione complementare, hanno l'obbligo:

- di rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Società per l'accertamento dello stato di invalidità;
- di fornire tutte le prove che la Società riterrà opportune per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno prodotto l'invalidità;
- di consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie.

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 accettare 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

La Società comunica entro il termine massimo di 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui all'art. 4 se intende riconoscere o meno l'invalidità denunciata. Qualora l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, oppure quando ne venga da questa accertata la cessazione, il Contraente, purché la polizza sia regolarmente in vigore, ha facoltà di chiedere, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata alla Direzione della Società entro il termine perentorio di 30 giorni dalla comunicazione avutane, la constatazione dello stato di invalidità dell'Assicurato a mezzo di un Collegio arbitrale composto di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente Giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. 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 remunerà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri 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 al momento stesso in cui l'Assicurato viene riconosciuto invalido al sensi delle presenti Condizioni Speciali.

CONDIZIONI SPECIALI

DI CARENZA

ASSICURAZIONI 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 sottponga 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 esplicitamente 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, carboncchio, 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 constabili, 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 risultino 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.

RINUNCIA TEMPORANEA AI PRESTITI

(condizione valida solo se espressamente richiesta dal Contraente)

In conformità a quanto richiesto dal Contraente la presente polizza non consente, in deroga al disposto dell'art. 8 delle Condizioni Generali, la concessione di prestiti per la durata di anni 5 a decorrere dalla data di stipula.

REGOLAMENTO DEL FONDO BAYERISCHE 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 BAYERISCHE NUOVO SECOLO".

ART. 2

Nel "FONDO BAYERISCHE 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 BAYERISCHE 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 26/3/1987 e si atterrà ad eventuali successive disposizioni. L'alimento del Fondo avverrà con periodicità mensile, in corrispondenza del giorno 15 del mese di scadenza di ciascun premio.

ART. 3

La Gestione del "FONDO BAYERISCHE 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 BAYERISCHE 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 numerario, 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 BAYERISCHE 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 BAYERISCHE 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 renderanno necessarie a seguito di modifiche della vigente legislazione fiscale.

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

INFORMAZIONE RELATIVA ALLA SOCIETÀ

1.- DENOMINAZIONE SOCIALE, FORMA GIURIDICA E INDIRIZZO

Bayerische Vita S.p.A. - Via Ripamonti 286/17 - 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 l'infortunio sia provocato da incidente stradale;
- 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 Bayerische Assicurazioni S.p.A. - Via Ripamonti, 286/17 - 20141 Milano

"Oggi per Domani" richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario, ma in tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per alcuni mesi, come specificato nelle "Condizioni particolari" per contratti senza visita medica" riportate in polizza. Modalità assuntive specifiche sono previste per la garanzia relativa al decesso dovuto ad infezione da HIV (AIDS e patologie collegate).

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 in caso di morte" nella Tabella B del 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 (pensione) pagabile vita natural durante dell'Assicurato o in alternativa del Beneficiario designato alla data di esercizio della opzione;

oppure

- una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in modo certo nei primi 5 o 10 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 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.

2.- 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.

3.- 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.

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

4.- 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).

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

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.

5.- MISURE E MODALITÀ DI EVENTUALI SCONTI

Il premio indicato in polizza si intende già al netto dello sconto del 10% accordato dalla Società per tutti gli importi eccedenti L. 700.000 qualora la durata del pagamento premi non sia inferiore a 10 anni.

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 BAYERISCHE 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 al 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%.

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 e che gli stessi sono espressi in lire correnti, senza quindi tenere conto degli effetti dell'inflazione.

7.- MODALITÀ DI SCIOLIMENTO DEL CONTRATTO

È facoltà del Contraente di sospendere il pagamento dei premi con i seguenti effetti:

- se il numero di annualità di premio corrisposte è inferiore a tre, il contratto si estingue automaticamente **con la perdita di quanto già versato**: entro un anno dalla sospensione si ha comunque diritto di richiedere il ripristino della piena efficacia del contratto;
- se il numero di annualità di premio corrisposte è almeno pari a tre, si ha diritto a riscuotere il valore del riscatto determinato in conformità a quanto previsto dalle condizioni contrattuali (facendone richiesta a mezzo lettera raccomandata R.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 pagamento dei premi. I pagamenti dovuti, anche se per cause diverse dal riscatto, vengono effettuati dalla Società entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione prevista dalle condizioni di polizza. Si ricorda che il Codice Civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

8.- INDICAZIONE DEI VALORI DI RISCATTO E DI 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.

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 società;**

sa 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 oppure di effettuare una trasformazione del contratto in funzione delle mutate esigenze.

9.- REVOCA - RECESSO

Il Contraente sino alla data di ricevimento della lettera di conferma della copertura assicurativa o, in mancanza, dell'originale di polizza emesso dalla Società, ha facoltà di revocare le pattuizioni intervenute. In questa ipotesi, la Società rimborserà gli importi eventualmente percepiti, al netto della sola tassa governativa, entro 30 gg. dalla data di ricevimento della **REVOCA**.

Il Contraente, entro 30 giorni dal momento in cui riceve la lettera di conferma della copertura assicurativa, può chiedere l'annullamento del contratto, anche quando non sia pervenuto l'originale di polizza emesso dalla Società (**RECESSO**). In mancanza di lettera di conferma, il termine di cui sopra decorre dalla data di pervenimento dell'originale di polizza.

Nelle ipotesi di recesso, il rimborso verrà effettuato al netto della tassa governativa e la Società avrà inoltre diritto a trattenere la quota di premio relativa al periodo di rischio effettivamente corso.

In ambedue i casi la Società ha infine diritto al recupero delle spese effettive sostenute nella misura del 2% del premio netto annuo con un massimo di L. 50.000.

10.- INDICAZIONI GENERALI RELATIVE AL REGIME FISCALE APPLICABILE

Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni della polizza alla quale la presente si riferisce sono soggetti ad una imposta del 2,5% (misura in vigore alla data di redazione della presente Nota).

Tale normativa non verrà applicata nel caso in cui il Contraente sia residente all'estero, così come previsto dalla legge n.1216 del 19-10-1961.

Detrazione fiscale dei premi

Le assicurazioni sulla vita danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.

Per poter beneficiare della detrazione è comunque necessario che il contratto abbia una durata non inferiore a 5 anni e che il Contraente rinunci alla possibilità di richiedere prestiti per tale periodo minimo. Nel plafond di detraibilità rientrano anche i premi per assicurazioni infortuni e i contributi previdenziali non obbligatori per legge. In virtù della

riduzione di imposta della quale il Contraente viene così a beneficiare, il costo effettivo dell'assicurazione risulta inferiore al premio versato, come esemplificato nel Progetto allegato. Peraltro, in caso di riscatto dell'assicurazione prima che siano trascorsi cinque anni dalla stipula, è previsto per legge il recupero a tassazione.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di assicurazione sulla vita, secondo le norme vigenti alla data di stesura della presente nota informativa:

- sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni, se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato;
- negli altri casi, se corrisposte in forma di capitale, sono soggette ad imposta a titolo di ritenuta definitiva. L'imposta è pari al 12,5% della differenza fra la somma dovuta e l'ammontare dei premi pagati, e si riduce del 2% per ogni anno di durata dell'assicurazione eccedente i dieci (ad esempio dopo quindici anni l'imposta sarà pari all'11,25% e, dopo 20 anni, al 10%);
- sono soggette ad imposizione IRPEF, limitatamente al 60% del loro ammontare, se corrisposte a titolo di rate di rendita vitalizia.

11.- REGOLE RELATIVE ALL'ESAME DEI RECLAMI

Il Cliente che non si ritenga pienamente soddisfatto del servizio ricevuto può esporre le sue ragioni alla Società Ufficio Gestione Portafoglio che è in ogni caso a disposizione per fornire tutti i chiarimenti utili.

È comunque facoltà del Cliente presentare reclamo all'ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo), con sede in Roma 00187 - Via del Quirinale 21, quale organo a ciò preposto.

12.- 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 preverranno le norme imperative di diritto italiano.

13.- 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.

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, le stesse informazioni di cui ai precedenti punti B.1, B.2, B.3, B.4, B.6, B.7, qualora subiscano variazioni per la sottoscrizione di clausole aggiuntive al contratto, oppure per intervenute modifiche nella legislazione ad esso applicabile.

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 R.R., la Società fornirà altresì sollecitamente e comunque non oltre 30 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 R.R.

SCHEMA DI PROGETTO

ESEMPLIFICATIVO

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 3,20% oppure del 4,80%. Tali ipotesi finanziarie sono state determinate sulla base **dei tassi di rendimento del 4% e del 6% (*)** indicati dall'ISVAP ed applicando, sulla base delle condizioni contrattualmente previste, l'aliquota di retrocessione dell'80%.

Preliminariamente, 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 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
1994	10,36%	3,9%	8,86%
1995	11,69%	5,4%	9,22%
1996	9,03%	3,9%	9,97%
1997	6,98%	1,7%	8,30%
1998	4,86%	1,8%	5,90%

Tutti gli importi sono esposti in Lire, per ottenere il relativo valore in Euro sarà sufficiente dividere l'importo stesso per 1936,27.

(*) Naturalmente non vi è alcuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni si realizzeranno 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 d'invalidità

- Sesso dell'Assicurato: maschio
- Età dell'Assicurato: 40 anni
- Durata: 20 anni
- Tasso annuo di rendimento finanziario della gestione speciale: 4%
- Eventuali prelievi sul rendimento: non previsti
- Aliquota di retrocessione: 80%
- Diritti di quietanza: L. 1.000

TAB. B

Anno	Premi annui lordi	Premi annui lordi al netto Detrazione d'imposta del 19%	Capitale assicurato in caso di morte
1	2.500.000	2.025.000	39.186.084
2	2.579.967	2.104.967	40.440.039
3	2.662.493	2.187.493	41.734.120
4	2.747.661	2.272.661	43.069.612
5	2.835.552	2.360.552	44.447.839
6	2.926.258	2.451.258	45.870.170
7	3.019.865	2.544.865	47.338.016
8	3.116.468	2.641.468	48.852.832
9	3.216.161	2.741.161	50.416.123
10	3.319.046	2.844.046	52.029.439
11	3.425.222	2.950.222	53.694.381
12	3.534.797	3.059.797	55.412.601
13	3.647.878	3.172.878	57.185.804
14	3.764.576	3.289.576	59.015.750
15	3.885.011	3.410.011	60.904.254
16	4.009.298	3.534.298	62.853.190
17	4.137.563	3.662.563	64.864.492
18	4.269.932	3.794.932	66.940.156
19	4.406.537	3.931.537	69.082.241
20	4.547.513	4.072.513	71.292.873

Alla scadenza contrattuale (al lordo di oneri fiscali): • Capitale minimo garantito a scadenza: L. 39.186.084

- Capitale assicurato a scadenza nell'ipotesi di rivalutazione sopra indicata: L. 73.574.244
- Rendita di opzione: per il calcolo della rendita di opzione saranno adottate le basi tecniche in vigore al momento in cui l'opzione stessa verrà esercitata.

IPOTESI DI SVILUPPO PREMI VERSATI E VALORI DI RIDUZIONE

TAB. C

Anni Trascorsi	Cumulo premi annui lordi	Cumulo premi annui lordi al netto della detrazione d'imposta del 19%	Sospensione del versamento premi		
			Riscatto a fine anno	Capitale ridotto	
				A fine anno	Alla scadenza
1	2.500.000	2.025.000	0	0	0
2	5.079.967	4.129.967	0	0	0
3	7.742.460	6.317.460	3.587.610	4.073.532	6.533.811
4	10.490.121	8.590.121	5.110.348	5.759.322	9.237.763
5	13.325.673	10.950.673	7.617.141	8.520.553	13.666.687
6	16.251.931	13.401.931	9.693.891	10.762.890	16.728.025
7	19.271.796	15.946.796	11.994.160	13.217.690	19.906.349
8	22.388.264	18.588.264	14.537.399	15.901.107	23.205.116
9	25.604.425	21.329.425	17.344.595	18.830.410	26.627.871
10	28.923.471	24.173.471	20.438.386	22.024.047	30.178.254
11	32.348.693	27.123.693	23.843.181	25.501.733	33.860.001
12	35.883.490	30.183.490	27.585.297	29.284.520	37.676.945
13	39.531.368	33.356.368	31.693.099	33.394.896	41.633.025
14	43.295.944	36.645.944	36.197.144	37.856.864	45.732.277
15	47.180.955	40.055.955	41.130.355	42.696.053	49.978.846
16	51.190.253	43.590.253	46.528.184	47.939.812	54.376.984
17	55.327.816	47.252.816	52.428.806	53.617.324	58.931.056
18	59.597.748	51.047.748	58.873.313	59.759.724	63.645.540
19	64.004.285	54.979.285	65.905.930	66.400.225	68.525.032
20	68.551.798	59.051.798	73.574.244	73.574.244	73.574.244

PROGETTI ESEMPLIFICATIVI

IPOTESI DI SVILUPPO DEI PREMI E DELLE PRESTAZIONI

Comprendenti la complementare infortuni e la complementare d'invalidità

- Sesso dell'Assicurato: maschio
- Età dell'Assicurato: 40 anni
- Durata: 20 anni

- Tasso annuo di rendimento finanziario della gestione speciale: 6%
- Eventuali prelievi sul rendimento: non previsti
- Aliquota di retrocessione: 80%
- Diritti di quietanza: L. 1.000

TAB. B

Anno	Premi annuali lordi	Premi annuali lordi al netto Detrazione d'imposta del 19%	Capitale assicurato in caso di morte
1	2.500.000	2.025.000	39.186.084
2	2.619.951	2.144.951	41.067.016
3	2.745.659	2.270.659	43.038.233
4	2.877.402	2.402.402	45.104.068
5	3.015.467	2.540.467	47.269.063
6	3.160.161	2.685.161	49.537.978
7	3.311.799	2.836.799	51.915.801
8	3.470.716	2.995.716	54.407.760
9	3.637.261	3.162.261	57.019.332
10	3.811.800	3.336.800	59.756.260
11	3.994.718	3.519.718	62.624.561
12	4.186.415	3.711.415	65.630.539
13	4.387.313	3.912.313	68.780.805
14	4.597.855	4.122.855	72.082.284
15	4.818.503	4.343.503	75.542.234
16	5.049.742	4.574.742	79.168.261
17	5.292.081	4.817.081	82.968.337
18	5.546.051	5.071.051	86.950.818
19	5.812.212	5.337.212	91.124.457
20	6.091.149	5.616.149	95.498.431

Alla scadenza contrattuale (al lordo di oneri fiscali): • Capitale minimo garantito a scadenza: L. 39.186.084

- Capitale assicurato a scadenza nell'ipotesi di rivalutazione sopra indicata: L. 100.082.355
- Rendita di opzione: per il calcolo della rendita di opzione saranno adottate le basi tecniche in vigore al momento in cui l'opzione stessa verrà esercitata.

IPOTESI DI SVILUPPO PREMI VERSATI E VALORI DI RIDUZIONE

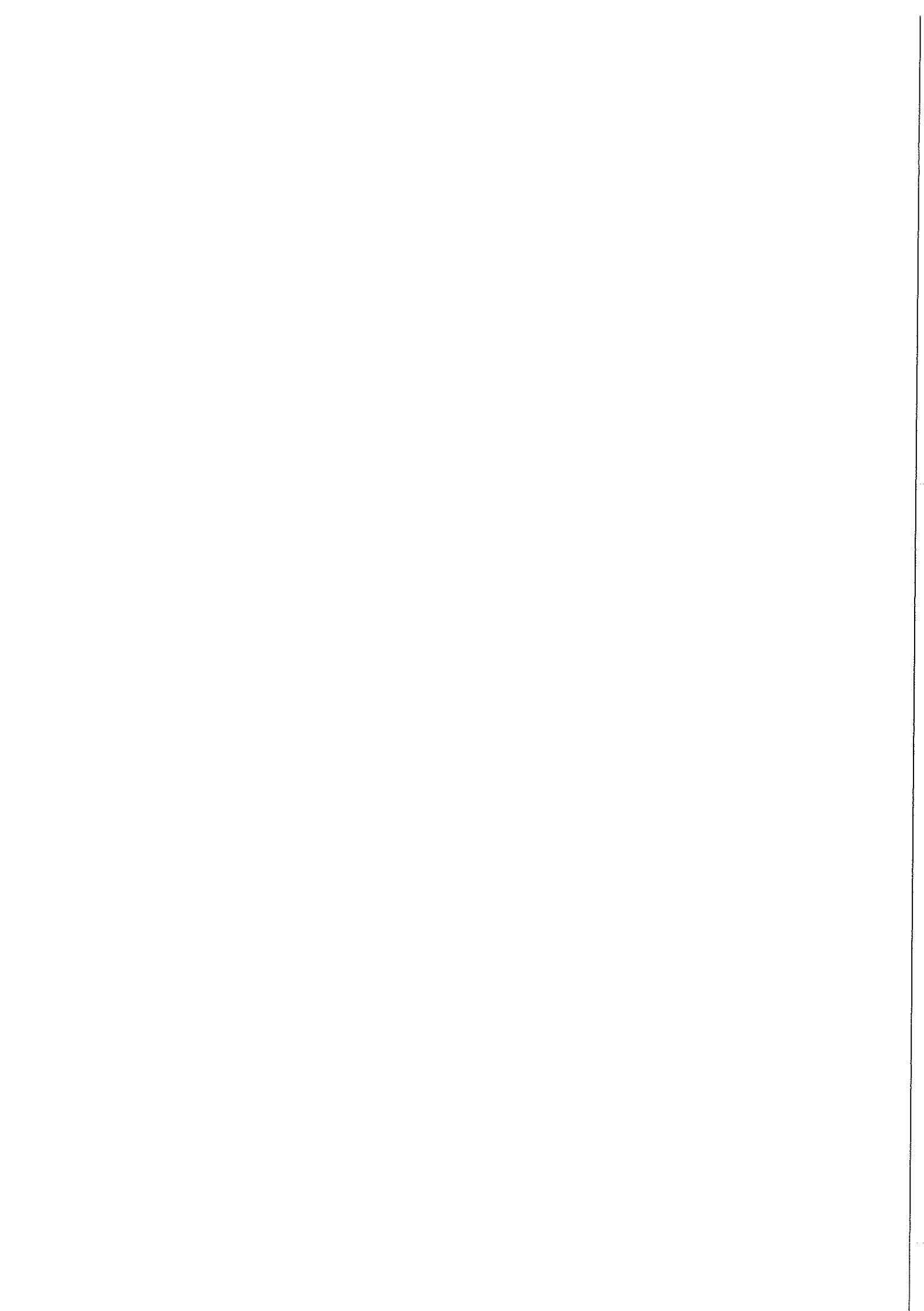
TAB. C

Anni trascorsi	Cumulo premi annuali lordi	Cumulo premi annuali lordi al netto della detrazione d'imposta del 19%	Sospensione del versamento premi		
			Riscatto a fine anno	Capitale ridotto	A fine anno
1	2.500.000	2.025.000	0	0	0
2	5.119.951	4.169.951	0	0	0
3	7.865.610	6.440.610	3.757.075	4.265.951	8.618.567
4	10.743.012	8.843.012	5.434.716	6.124.882	12.374.195
5	13.758.479	11.383.479	8.226.212	9.201.862	18.590.667
6	16.918.640	14.068.640	10.631.331	11.803.706	22.754.975
7	20.230.439	16.905.439	13.357.985	14.720.639	27.078.421
8	23.701.155	19.901.155	16.441.423	17.983.742	31.565.702
9	27.338.416	23.063.416	19.920.417	21.626.888	36.221.643
10	31.150.216	26.400.216	23.837.595	25.686.976	41.051.196
11	35.144.934	29.919.934	28.239.800	30.204.184	46.059.440
12	39.331.349	33.631.349	33.178.496	35.222.253	51.251.596
13	43.718.662	37.543.662	38.710.191	40.788.778	56.633.014
14	48.316.517	41.666.517	44.896.916	46.955.540	62.209.188
15	53.135.020	46.010.020	51.806.737	53.778.850	67.985.755
16	58.184.762	50.584.762	59.514.319	61.319.935	73.968.501
17	63.476.843	55.401.843	68.101.537	69.645.343	80.163.363
18	69.022.894	60.472.894	77.658.144	78.827.385	86.576.432
19	74.835.106	65.810.106	88.282.498	88.944.617	93.213.958
20	80.926.255	71.426.255	100.082.355	100.082.355	100.082.355

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 DANNI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

DISCIPLINA DEL CONTRATTO E DEFINIZIONI

A) DISCIPLINA DEL CONTRATTO

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

NORME CHE REGOLANO: l'assicurazione in generale;

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: BAYERISCHE 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 constabili.

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, purchè 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, al sensi degli att. 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

possibilità 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

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.

ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

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 art. 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'INVALIDITÀ 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 modificazioni intervenute alla data di stipula della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilita 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 - RISCHI ESCLUSI

Non sono indennizzabili i danni:

- a) verificatisi in connessione con atti di guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, ostilità;
 - b) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (quali ad esempio: fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
 - c) verificatisi in occasione di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - d) derivanti da movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o da inondazioni;
 - e) derivanti dall'uso e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura o nelle relative prove;
 - f) derivanti dalla guida di veicoli o natanti nel caso in cui l'Assicurato sia privo della relativa abilitazione (quando la legge ne faccia specifica prescrizione) ovvero, in ogni altro caso, sia sprovvisto dei requisiti obiettivamente necessari;
 - g) derivanti dalla guida od uso di aeromobili, salvo quanto previsto dall'art. 11 lett. o);
 - h) conseguenti agli infarti ed alle ernie, salvo quanto previsto dall'art. 11 lett. n);
 - i) derivanti dall'esercizio o pratica di:
 - paracadutismo o sports aerei in genere;
 - sports ed attività acrobatiche, ivi compreso sei acrobatico o salto dal trampolino con sci o idroscii;
 - speleologia;
 - bob o guidoslitta;
 - pugilato;
 - scalata di roccia od accesso ai ghiacciai;
 - j) sofferti in stato di ubriachezza o che siano conseguenti ad abuso di psicofarmaci o all'uso di stupefacenti o allucinogeni.
- La garanzia non vale inoltre per:
- le conseguenze di operazioni chirurgiche;
 - gli accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 16.2 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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. 16.3 - 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 INGRESSATURA

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 non 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 risultò 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. 1;
- 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) per 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.

INVALIDITÀ 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 manifestata 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 INDENNIZZABILITÀ

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 concomitanti: 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

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.

Fornire 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.

NORME COMUNI

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. 16.2 e 22.3 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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

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

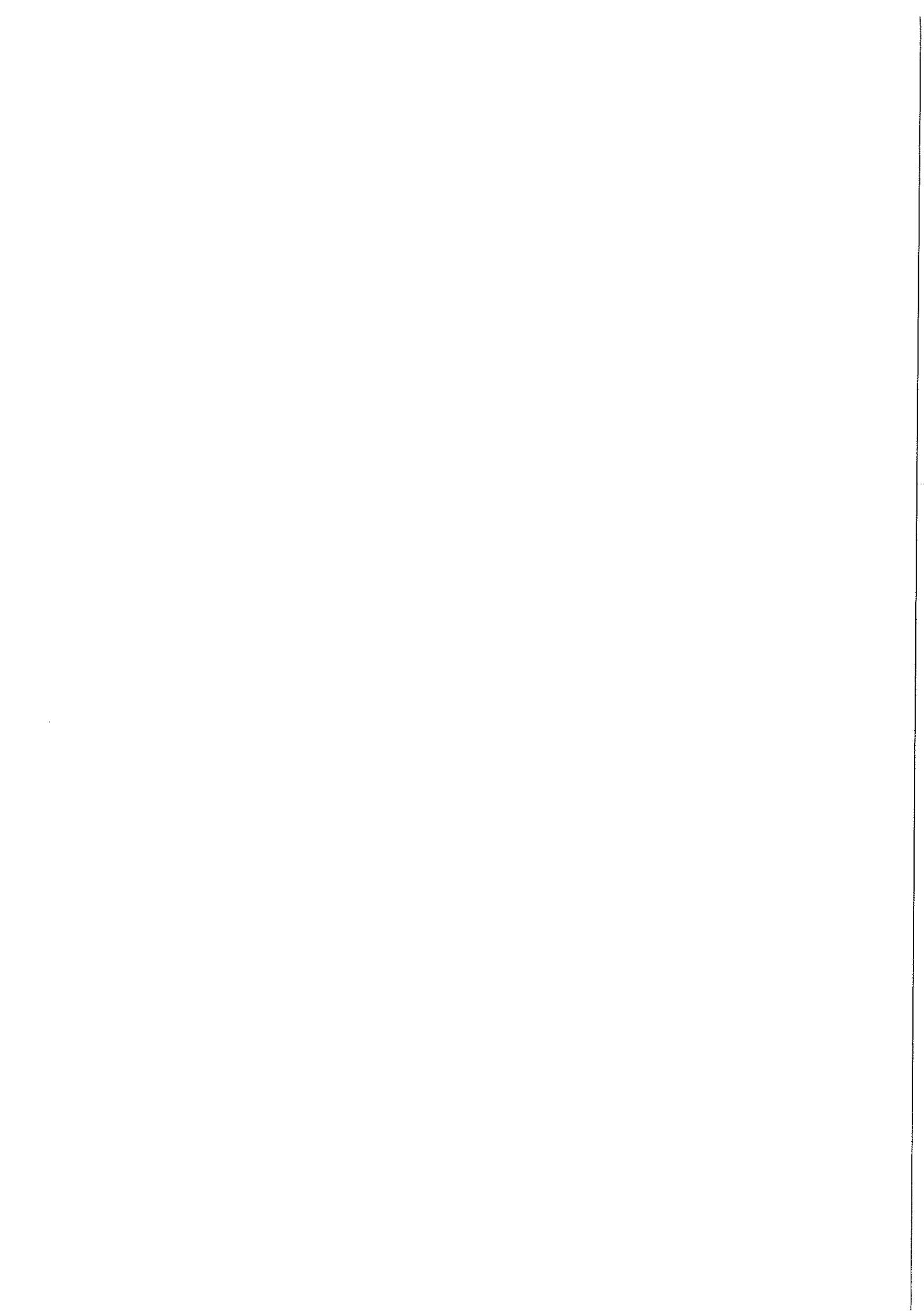
ART. 25 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

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 paranoidi.

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.



NOTA INFORMATIVA

PIANO DANNI

PREMessa

In ottemperanza al Decreto Legislativo 17/3/1995 n. 175/95 la Bayerische Assicurazioni informa che:

A

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1.- DENOMINAZIONE SOCIALE, FORMA GIURIDICA E INDIRIZZO

La Bayerische Assicurazioni S.p.A. ha la propria sede legale in Via Ripamonti 286/17 - 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); risulta inoltre iscritta al n. 302564 - vol. 7633 - fasc. 14 del Registro Imprese Tribunale di Milano.

B

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

1.- LEGISLAZIONE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto, che sarà concluso con la Bayerische 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 Bayerische 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 nonne imperative, anche le norme specifiche della legislazione italiana prevarranno su quelle di qualsiasi altra legislazione che le Parti scegliersero di applicare al contratto.

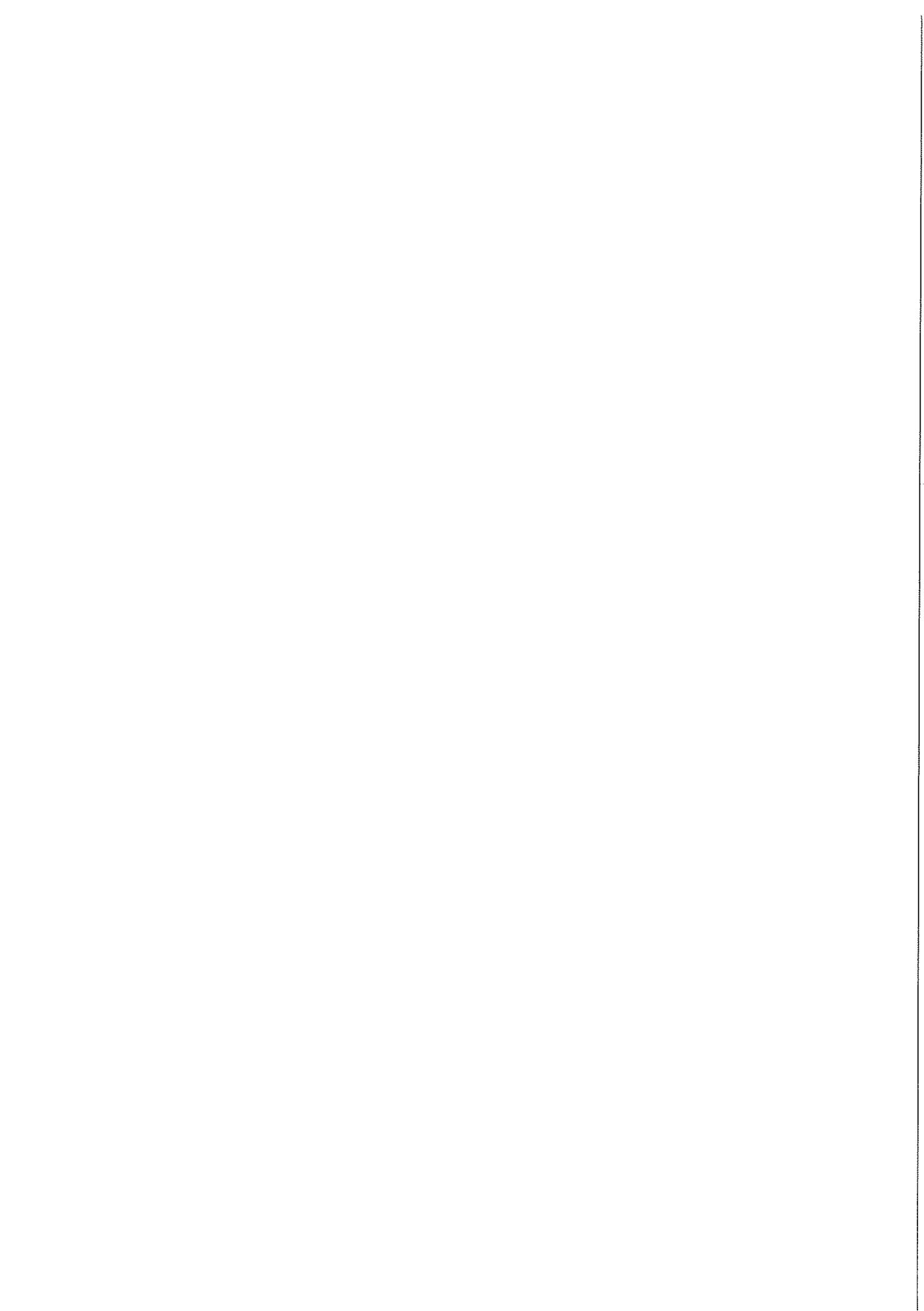
2.- PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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 Bayerische Assicurazioni S.p.A. (Uff. Assistenza 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.







**BAYERISCHE
VITA**

Sede e Direzione Generale:

20141 Milano - Italia - Via Ripamonti 286/17

Telefono 0257441 - Fax 0257309953

www.bbv.it

Servizio Clienti: Tel. 0257309968 - Fax 0257442360
e-mail:comunicazioni@bbv.it

BAYERISCHE VITA S.p.A.

Capitale Sociale L.75.000.000.000 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)

Iscritta al N° 325749 Registro Imprese Tribunale di Milano R.E.A. N°1393107
Codice Fiscale N° 03735041000 - Partita IVA N° 10637370155



Compagnia del Gruppo
Bayerische Beamten Versicherungen
di Monaco di Baviera



**BAYERISCHE
ASSICURAZIONI**

Sede e Direzione Generale:

20141 Milano - Italia - Via Ripamonti 286/17

Telefono 0257441 - Fax 0257402373

www.bbv.it

BAYERISCHE ASSICURAZIONI S.p.A.

Capitale Sociale L.65.000.000.000 interamente versato.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (G.U. 26/6/1986 N°146)

Iscritta al N° 302564 Registro Imprese Tribunale di Milano R.E.A. N°1322767
Codice Fiscale N° 07707320151 - Partita IVA N° 10042300151



Compagnia del Gruppo
Bayerische Beamten Versicherungen
di Monaco di Baviera