

CONDIZIONI DI POLIZZA

I·N·T·E·M·P·O

L'ALTRA PENSIONE



CARIVITA
Assicurazioni Vita



CARIVITA
Assicurazioni Vita



I·N·T·E·M·P·O

L A L T R A P E N S I O N E

Sede: Via Monte di Pietà, 8
Direzione: Galleria del Corso, 1
20122 MILANO
Telefono (02) 76041.1
Telefax (02) 76024115
Impresa Autorizzata con decreto
del Ministro dell'Industria, del Commercio
e dell'Artigianato del 24/9/1991
(G.U. del 5/10/91 n. 234)

Testo conforme
a quello depositato presso
il Notaio Pasquale Matarrese
del Collegio Notarile di Milano
alla sede di Milano
con atto n. 66267/7208 del 3-6-1994

 **GRUPPO CARIPLO**

Nota informativa

La presente nota informativa vuole contribuire a far conoscere in modo corretto e completo le principali caratteristiche di **INTEMPO** contratto di assicurazione sulla vita a prestazioni rivalutabili, collegato alla gestione speciale «Rendifondo Carivita», specificamente istituita dalla Società.

A - Caratteristiche generali delle assicurazioni a prestazioni rivalutabili

Gestione Speciale «Rendifondo Carivita»:
A fronte degli impegni assunti con **INTEMPO**, la Società ha istituito una gestione speciale, separata dalle altre attività della Società e denominata «Rendifondo Carivita», disciplinata da un apposito Regolamento, approvato dal competente Ministero. La gestione speciale «Rendifondo Carivita» viene annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di revisione contabile iscritta nell'albo speciale, che attesta la correttezza della gestione ed i risultati conseguiti.

Rivalutazione delle prestazioni di **I•N•T•E•M•P•O**

La Società calcola il rendimento medio dell'anno di «Rendifondo Carivita» al 31 dicembre di ogni anno e attribuisce agli assicurati una aliquota di questo rendimento, pari o superiore all'85% fermo restando il rendimento minimo trattenuto dalla Società pari all'1 %.

Questa aliquota di rendimento detta «tasso di rivalutazione» viene attribuita agli assicurati, con effetto 1 gennaio, per tutto l'anno trascorso: le quote di capitale che sono state in vigore per tutto l'anno sono rivalutate applicando l'intero tasso di rivalutazione mentre le quote che sono state in vigore per periodi inferiori all'anno sono rivalutate in proporzione.

Quando è necessario rivalutare la prestazione nel corso dell'anno (in caso di liquidazione), prima che sia stato determinato il tasso medio di rendimento di «Rendifondo Carivita» per quell'anno, viene applicato il tasso di rivalutazione dell'anno precedente per la frazione di anno interessata.

Consolidamento - Rivalutazione minima

Indipendentemente dai rendimenti conseguiti dalla gestione «Rendifondo Carivita», la Società è comunque impegnata a:

- consolidare anno per anno i rendimenti già attribuiti a titolo di rivalutazione;
- ogni anno rivalutare almeno del 4% annuo la prestazione assicurata.

Premi:

Le prestazioni assicurate sono garantite a fronte della corresponsione di versamenti annuali o mensili anticipati, pagabili per il periodo pattuito (piano dei versamenti).

Flessibilità:

Caratteristica fondamentale di **INTEMPO** è la sua «flessibilità».

Il Contraente, nel corso della durata contrattuale, può:

- anticipare la data prevista per la scadenza;
- posticipare la data prevista per la scadenza sia continuando i versamenti, sia sospendendoli;
- sospendere e riprendere il piano dei versamenti;
- modificare l'importo dei versamenti e/o la loro frequenza;
- effettuare dei versamenti aggiuntivi estemporanei;
- abbinare le coperture complementari previste anche in un momento successivo alla stipula del piano base;
- esercitare le opzioni previste anche successivamente alla scadenza.

Interruzione del piano dei versamenti:

L'interruzione dei versamenti comporta la prosecuzione dell'assicurazione con le prestazioni già conseguite che continueranno a godere delle rivalutazioni annuali.

Il Contraente può, in alternativa, purché l'Assicurato sia vivente e sia trascorso almeno un anno dalla data di stipulazione, richiedere la liquidazione della prestazione in caso di vita (valore di riscatto) e la conseguente risoluzione del contratto.

B - Prestazioni ed opzioni

Prestazioni:

Le prestazioni:

- in caso di vita dell'Assicurato,

- in caso di morte dell'Assicurato,

sono pari alla somma dei versamenti effettuati, al netto dell'imposta di assicurazione e delle spese, ciascuno rivalutato fino alla data di richiesta della liquidazione o alla data del decesso dell'Assicurato secondo i criteri previsti dalla rivalutazione delle prestazioni.

La prestazione in caso di vita dell'Assicurato (valore di riscatto) verrà liquidata dietro esplicita richiesta del Contraente, trascorso almeno un anno dalla data di stipulazione del contratto.

Opzioni:

Alla scadenza del piano dei versamenti o in qualsiasi epoca, purché l'Assicurato sia vivente e sia trascorso almeno un anno dalla data di stipulazione del contratto, il Contraente può scegliere, in alternativa alla prestazione per il caso di vita, una delle seguenti opzioni:

- rendita assicurativa: verrà convertito in rendita il capitale disponibile, maggiorato di un bonus pari al valore dei caricamenti di gestione non utilizzati;

- rendita finanziaria: l'Assicurato mantiene la proprietà del capitale maturato e ritira gli importi che spettano ogni anno per rivalutazione.

C - Sviluppo delle prestazioni

Ipotesi di rivalutazione:

Gli sviluppi delle prestazioni in caso di morte (capitale caso morte) ed in caso di vita dell'Assicurato (valore di riscatto) esposti, rispettivamente, nella Sezione A e nella Sezione B della tabella allegata, sono calcolati riconoscendo a favore dell'Assicurato un beneficio finanziario annuo costante.

La misura del beneficio finanziario è determinata sulla base di un tasso medio di rendimento pari al 10% secondo le prescrizioni e la misura di riduzione fissata dall'ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo).

Prestazioni minime garantite:

Viene garantito un tasso annuo minimo di rivalutazione pari al 4%.

D - Informativa periodica

Ogni anno verrà comunicato al Contraente il valore della prestazione rivalutata.

E - Aspetti legali e fiscali

Non pignorabilità e non sequestrabilità:

Ai sensi dell'ars. 1923 C. C., le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili.

Diritto proprio del beneficiario:

Ai sensi dell'art. 1920 C.C., il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Imposta sui premi:

I premi delle assicurazioni sulla vita sono soggetti ad una imposta del 2,50% (misura di legge in vigore alla data di redazione della presente nota).

Deducibilità fiscale dei premi:

I premi dell'assicurazione sulla vita, fino ad un importo massimo di L. 2.500.000 all'anno, sono deducibili - in termini di detrazione d'imposta - dal reddito imponibile ai fini IRPEF con l'aliquota del 27%, nel rispetto delle condizioni di legge.

In virtù della riduzione di imposta della quale il Contraente viene così a beneficiare, il costo effettivo della polizza risulta inferiore al premio versato, come esemplificato nella tabella.

La riduzione di costo, in detti esempi, è uguale al prodotto del premio per l'aliquota IRPEF del 27%, pari alla detrazione massima consentita. Peraltro, in caso di riscatto dell'assicurazione prima che siano trascorsi cinque anni dalla stipula, si perdono i benefici fiscali ottenuti in precedenza.

Tassazione delle somme assicurate:

Le somme corrisposte in dipendenza di assicurazioni sulla vita:

- sono esenti da Irpef, Ilor ed imposta sulle successioni in caso di morte dell'Assicurato;
- sono soggette ad imposta, a titolo di ritenuta secca, pari al 12,50% della differenza fra la somma assicurata e l'ammontare dei premi pagati, in caso di vita dell'Assicurato; tale imposta si riduce del 2% per ogni anno di durata dell'assicurazione eccedente dieci;
- sono soggette ad imposizione Irpef, limitatamente al 60% del loro ammontare (in base alle disposizioni del nuovo Testo Unico delle Imposte sui redditi), se si tratta di somme corrisposte a titolo di rendita vitalizia con decorrenza dal 1 ° gennaio 1988.

F - Controllo e disciplina dell'assicurazione vita

L'Isvap esercita istituzionalmente la vigilanza sulla gestione tecnica del ramo vita e quindi anche sulla costituzione e il regolare accantonamento delle riserve matematiche, cioè degli investimenti effettuati dalle Compagnie per soddisfare, in qualsiasi momento, le obbligazioni contratte nei confronti degli Assicurati aventi diritto.

L'assicurazione è disciplinata dalle condizioni di polizza approvate con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, sentito il parere dell'Isvap.

Tabella esemplificativa:

Costituisce parte integrante della presente Nota Informativa la tabella esemplificativa allegata.

La presente nota, relativa ad assicurazioni individuali, è redatta conformemente alle prescrizioni dell'Isvap ed ha solo valore e scopo informativo.

Milano, 1 Giugno 1994

Condizioni generali di polizza

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 ritirato 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 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 calcolato 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. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

E ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

Art. 6 - Riattivazione

Trascorsi trenta 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 pure 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. 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 ritirato il relativo allegato.

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, determinabile secondo i criteri di calcolo contenuti nelle Condizioni Speciali.

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 prezzo di riscatto, l'importo **determinabile** secondo i criteri di calcolo contenuti nelle Condizioni Speciali;
- b) la concessione di prestiti ad interessi, nei limiti del valore di riscatto di cui alla lettera a).

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.

La risoluzione del contratto ha effetto dalla data della richiesta.

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.

(*) Per il piano base della polizza **I-N-T-E-M-P-O** si legga: «se è trascorso almeno 1 anno dal perfezionamento».

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.

E comunque necessario il certificato di nascita dell'Assicurato, che può essere consegnato sin dal momento della stipulazione del contratto, e che, in difetto, verrà richiesto con lettera raccomandata dalla Società all'Assicurato subito dopo la stipulazione. 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;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Società.

Verificatasi la scadenza o la risoluzione del contratto, la Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione, previa 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

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria di Milano.

Deroga all'art. 8 delle condizioni generali ai fini della deducibilità fiscale dei premi

(Valida solo se espressamente richiamata in polizza)

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

Clausola di salvaguardia per le garanzie complementari

Premesso che la presente polizza è stata emessa con procedura di assunzione semplificata, la Carivita si riserva la facoltà di recedere dal contratto entro 20 giorni dalla data di perfezionamento dandone comunicazione al Contraente a mezzo di lettera raccomandata e rimborsando il relativo premio incassato.

Condizioni speciali del piano base

Art. 1 - Caratteristiche del prodotto: prestazioni garantite e premi ricorrenti da versare

I•N•T•E•M•P•O è un contratto pluriennale di assicurazione sulla vita a premio ricorrente, che garantisce il pagamento di un capitale alla morte dell'Assicurato in qualsiasi epoca avvenga.

Il capitale assicurato viene costituito progressivamente in funzione dei premi ricorrenti versati dal Contraente.

Il piano dei versamenti viene fissato in polizza. È comunque facoltà del Contraente, nel corso della vita contrattuale, modificare, sospendere, riprendere o prolungare il suddetto piano.

Il capitale assicurato si rivaluta annualmente con le modalità previste dalla Clausola di Rivalutazione del capitale.

Art. 2 - Definizione, determinazione e rivalutazione del capitale assicurato

Il capitale assicurato è costituito dalla somma delle «quote» di capitale acquisite progressivamente in polizza con i versamenti effettuati dal Contraente.

L'ammontare di ciascuna «quota» di capitale derivante dal versamento di un premio corrisponde all'importo del premio versato, al netto dell'imposta di assicurazione e delle spese, variabili tra l'8% ed il 5% in relazione all'entità del premio stesso.

Con effetto dal 1° gennaio di ogni anno il capitale assicurato al 1° gennaio precedente viene rivalutato nella misura e secondo le modalità previste dalla «Clausola di Rivalutazione del Capitale».

Le quote acquisite nel corso dell'anno saranno rivalutate in proporzione al tempo trascorso dalla data del versamento fino al 31 dicembre.

Art. 3 - Prestazioni in caso di vita ed in caso di morte dell'assicurato.

Le prestazioni da liquidare:

- a) in caso di vita dell'Assicurato, su esplicita richiesta del Contraente, trascorso almeno un anno dalla data di stipulazione del contratto (valore di riscatto);
- b) in caso di morte dell'Assicurato, in qualunque epoca essa avvenga (capitale in caso di morte);

si ottengono sommando i seguenti importi:

- capitale in vigore al 1° gennaio dell'anno della richiesta o del decesso, ulteriormente rivalutato, per la frazione di anno intercorrente tra il suddetto 1° gennaio e la data della richiesta o la data del decesso in base all'ultimo tasso di rivalutazione riconosciuto sul contratto;
- eventuali «quote» di capitale acquisite con i versamenti effettuati nell'anno solare della richiesta o del decesso, ciascuna rivalutata per la frazione di anno che intercorre tra la data del versamento e la data della richiesta o la data del decesso, in base all'ultimo tasso di rivalutazione riconosciuto sul contratto.

Il Contraente, in caso di vita dell'Assicurato e trascorso almeno un anno dalla data di stipulazione del contratto, può ritirare parte del capitale maturato (riscatto parziale), purché di importo non inferiore a L. 1.000.000. Sull'importo da liquidare verrà dedotta un'aliquota dello 0,5% per le spese di pagamento; il capitale residuo verrà annualmente rivalutato come indicato nell'articolo precedente.

Art. 4 - Opzioni

Alla scadenza del piano dei versamenti o in qualsiasi momento precedente o successivo a tale scadenza, purché l'Assicurato sia vivente e sia trascorso almeno un anno dalla data di stipulazione del contratto, il Contraente può scegliere, in alternativa alla prestazione per il caso di vita dell'Assicurato, una delle seguenti opzioni:

- rendita assicurativa;
- rendita finanziaria con conservazione del capitale.

1) Rendita assicurativa

La rendita assicurativa verrà calcolata mediante conversione della prestazione per il caso di vita dell'Assicurato maggiorata del valore attuale degli importi del caricamento per spese di gestione degli anni successivi al primo relativi ai versamenti effettuati.

Il Contraente potrà scegliere una delle seguenti forme di rendita assicurativa:

- a) rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile vita natural durante dell'Assicurato;
- b) rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in modo certo nei primi cinque o dieci anni e, successivamente, finché l'Assicurato sia in vita;
- c) rendita annua vitalizia rivalutabile su due teste, quella dell'Assicurato e quella di altra persona designata, reversibile totalmente o -parzialmente sulla testa superstite.

La rendita annua vitalizia di opzione verrà rivalutata ad ogni successivo anniversario della data di rivalutazione nella misura stabilita al punto A) della «Clausola di Rivalutazione della rendita in opzione» e non potrà essere riscattata durante il periodo del suo godimento. La prima rivalutazione sarà commisurata alla frazione di anno intercorrente tra la data della richiesta di opzione e la data di rivalutazione.

Con l'opzione in rendita assicurativa, il Contraente rinuncia alla prestazione per il caso di morte dell'Assicurato.

2) Rendita finanziaria con conservazione del capitale maturato

La rendita finanziaria prevede la liquidazione annuale, da parte della Società, alla ricorrenza della data di rivalutazione, dell'importo spettante quale rivalutazione del contratto, al netto di un'aliquota dello 0,5% per spese di pagamento, con la conservazione sia della prestazione in caso di vita che di quella in caso di morte dell'Assicurato.

Clausola di rivalutazione del capitale del piano base

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 «*Rendifondo Carivita*», attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche.

A) Tasso annuo di rivalutazione

La Società dichiara entro il 1° marzo di ciascun anno il rendimento annuo da attribuire agli Assicurati per l'anno solare trascorso, ottenuto moltiplicando il rendimento, di cui al punto 4 del Regolamento, per l'aliquota di partecipazione di volta in volta fissata, aliquota che comunque non deve risultare inferiore all'85%.

Qualora la differenza tra il rendimento di cui all'articolo 4 del Regolamento e quello da attribuire al contratto, determinato come previsto dal comma precedente, risulti inferiore all' 1 %, il rendimento da attribuire al contratto verrà determinato sottraendo dal rendimento di cui all'articolo 4 del regolamento la predetta aliquota dell' 1%.

Il tasso annuo di rivalutazione è uguale al rendimento attribuito.

Viene, comunque, garantito il tasso annuo minimo di rivalutazione del 4%.

B) Rivalutazione delle «quote» di capitale

Con effetto dal 1° gennaio di ogni anno, ciascuna «quota» di capitale, in vigore al 1° gennaio dell'anno precedente., verrà rivalutata incrementandola sulla base del tasso di rivalutazione annuale fissato, a norma del punto A), entro il 1° marzo che segue la data della rivalutazione.

Per le «quote» di capitale acquisite con i versamenti effettuati nel corso dell'anno solare precedente, la rivalutazione sarà commisurata alla frazione di anno intercorrente tra la data di effetto del versamento e la data di rivalutazione.

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

Ad ogni rivalutazione, l'aumento di capitale, verrà comunicato al Contraente.

Clausola di rivalutazione della Rendita in opzione del piano base

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 «*Rendifondo Carivita*», attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche.

A) Misura della rivalutazione

La Società dichiara entro il 1° marzo di ciascun anno il rendimento annuo da attribuire agli Assicurati, ottenuto moltiplicando il rendimento, di cui al punto 4 del Regolamento, per l'aliquota di partecipazione di volta in volta fissata, che comunque non deve risultare inferiore all'85%.

Per i contratti i cui Assicurati abbiano raggiunto un'età pari o superiore a 55 anni, l'aliquota di partecipazione non deve risultare inferiore al 90%.

Qualora la differenza tra il rendimento di cui all'articolo 4 del Regolamento e quello da attribuire al contratto, determinato come previsto al comma precedente risulti inferiore all'1 %, il rendimento da attribuire al contratto verrà determinato sottraendo dal rendimento di cui all'articolo 4 del regolamento la predetta aliquota **dell'1%**.

La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico del 4%, la differenza fra il rendimento attribuito ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita di opzione.

B) Rivalutazione della rendita assicurata

Con effetto dal 1° gennaio di ogni anno, successivo alla data di esercizio dell'opzione, la rendita assicurata alla ricorrenza precedente verrà rivalutata incrementandola sulla base della misura di rivalutazione fissata, a norma del precedente punto A), entro il 1° marzo che segue il suddetto anniversario.

La prima rivalutazione della rendita in opzione verrà effettuata in proporzione alla frazione di anno intercorrente tra la data della richiesta dell'opzione e la data di rivalutazione.

Regolamento della gestione

«Rendifondo Carivita»

-
- Art. 1** Presso la Società viene attuata una speciale gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, che viene contraddistinta con il nome «Rendifondo Carivita».
-
- Art. 2** Nella gestione «Rendifondo Carivita» 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 «Rendifondo Carivita» 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.
-
- Art. 3** La gestione «Rendifondo Carivita» 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 rispondenza della gestione stessa al presente regolamento. In particolare, sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite alla gestione «Rendifondo Carivita», il rendimento annuo della gestione quale descritto al seguente articolo 4 e l'adeguatezza di ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società sulla base delle riserve matematiche.
La gestione «Rendifondo Carivita» investirà nelle forme e nei modi consentiti dalla legge per l'investimento delle riserve matematiche, privilegiando gli impieghi in parti di fondi comuni, entro, comunque, la quota massima del 50% delle attività del fondo.
-
- Art. 4** Il rendimento annuo della gestione «Rendifondo Carivita» per l'esercizio relativo alla certificazione, si ottiene rapportando il risultato finanziario della gestione di competenza di quell'esercizio al valore medio annuo degli investimenti della gestione.
Il valore medio è dato dalla somma della giacenza media annua dei depositi in numerario, della consistenza media annua degli investimenti in titoli a reddito fisso, in parti di fondi comuni e in azioni di Società quotate in Borsa, nonché della consistenza media annua di ogni altra attività della gestione, determinate in base al valore di iscrizione nella gestione.
-
- Art. 5** Ai fini della valutazione del rendimento annuo di cui al punto precedente, l'esercizio relativo alla certificazione della gestione «Rendifondo Carivita» decorre dal 1° gennaio fino al 31 dicembre di ogni anno.
-
- Art. 6** Per risultato finanziario della gestione si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio, compresi i ratei di interessi e di cedole maturati e gli utili e le perdite di realizzo di competenza della gestione, al lordo delle ritenute fiscali di acconto ed al netto di tutte le spese specifiche degli investimenti, ivi incluse le spese relative alla certificazione della gestione di cui all'articolo 3.
Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nella gestione, e cioè al prezzo di acquisto per le attività di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto della iscrizione nella gestione per i beni già di proprietà della Compagnia.
-
- Art. 7** La Società si riserva di apportare al precedente articolo 6 quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di cambiamenti nell'attuale legislazione fiscale.

Le garanzie complementari di I • N • T • E • M • P • O

Garanzia A

Garanzia B

Garanzia C

Condizioni particolari di carenza per contratti senza visita medica valide per tutte le garanzie complementari

Rimane convenuto che qualora il decesso, l'invalidità o la malattia grave dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

Assicurazione temporanea in caso di morte

Attivata solo se in polizza è richiamata
la «GARANZIA A»

Condizioni speciali

1 - Prestazioni garantite

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento immediato del capitale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

2 - Premio annuo Interruzione del pagamento dei premi

Il premio annuo pattuito è costante per tutta la durata contrattuale ed è dovuto non oltre l'anno di decesso dell'Assicurato.

Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi nel corso della durata contrattuale la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti, con eventuali frazioni, ed i premi versati resteranno acquisiti alla Società, senza diritto a capitale ridotto od a valore di riscatto.

3 - Riattivazione

Nel caso di sospensione del pagamento dei premi la polizza potrà essere riattivata in base a quanto prevede lo specifico articolo delle Condizioni Generali.

Assicurazione temporanea in caso di morte e di invalidità totale e permanente Attivata solo se in polizza è richiamata la «GARANZIA B»

Condizioni speciali

- 1 - Prestazioni garantite** Viene garantito il pagamento del capitale qualora nel corso della durata contrattuale si verifichi la morte o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato. In caso di decesso il capitale verrà corrisposto immediatamente al Beneficiario designato mentre in caso di invalidità il capitale verrà pagato in relazione alle modalità previste nelle Condizioni regolanti l'invalidità. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.
-
- 2 - Premio annuo
Interruzione del pagamento
dei premi** Il premio annuo pattuito è costante per tutta la durata contrattuale ed è dovuto non oltre l'anno in cui si verifica la morte o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, fermo restando in quest'ultimo caso quanto stabilito dall'art. 7 delle Condizioni regolanti l'invalidità. Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi nel corso della durata contrattuale, la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti, con eventuali frazioni, ed i premi versati resteranno acquisiti alla Società, senza diritto a capitale ridotto od a valore di riscatto.
-
- 3 - Riattivazione** Nel caso di sospensione del pagamento dei premi la polizza potrà essere riattivata in base a quanto prevede lo specifico articolo delle Condizioni Generali.

Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità totale e permanente

- Art. 1** Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenutagli malattia organica o lesione fisica, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale, la capacità all'esercizio della propria professione o mestiere e ad ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.
-
- Art. 2** Viene esclusa la copertura dei casi di invalidità che si verifichino dopo il sessantacinquesimo anno di età dell'Assicurato e quelli dipendenti da cause di guerra, da infortunio verificatosi sia in volo che in terra in dipendenza di viaggi aerei compiuti sia come militare sia come civile, fatta eccezione dei viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione in tale ultima situazione, delle transvolate oceaniche.
-
- Art. 3** Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato deve farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti facendo pervenire alla Società medesima, a mezzo lettera raccomandata, il certificato del medico curante redatto sul modulo speciale che la Società fornisce per il tramite delle proprie -agenzie. La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data della lettera raccomandata di cui sopra. Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato d'invalidità.

Art. 4

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso d'invalidità, sono obbligati:

1. a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
2. a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli, effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

Art. 5

Il pagamento del capitale verrà effettuato in base alle seguenti modalità:
- 10% al riconoscimento dell'invalidità;
- 10% dopo un anno dal riconoscimento se perdura lo stato di invalidità;
- 80% dopo due anni dal riconoscimento se perdura lo stato di invalidità.
In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di liquidazione del capitale verrà immediatamente liquidato l'eventuale capitale residuo. Eseguito il pagamento del capitale assicurato ai sensi del primo o del secondo comma del presente articolo, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Art. 6

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente ha facoltà, entro il termine di 30 giorni, dalla comunicazione avuta, di promuovere mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione Generale della Società la decisione di un Collegio Arbitrale, composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti. In caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale dove ha sede la Direzione della Società.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 giorni, come amichevole compositore senza formalità di procedura.

Gli arbitri, ove lo credano, potranno esperire senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Art. 7

Finché lo stato di invalidità non sia stato accertato amichevolmente dalle parti o nel modo indicato nell'articolo precedente, il Contraente deve continuare il pagamento dei premi, altrimenti saranno applicate le disposizioni delle Condizioni Generali di assicurazione relative al mancato pagamento dei premi.

Accertato invece lo stato di invalidità, saranno restituite al Contraente le somme pagate alla Società per rate di premio scadute successivamente alla data di denuncia dell'invalidità, diminuite delle imposte ed aumentate degli interessi computati al saggio legale per il periodo intercorrente fra le rispettive scadenze e la data della restituzione.

Assicurazione temporanea in caso di morte e. malattia grave

Attivata solo se in polizza è richiamata
la «GARANZIA C»

Condizioni speciali

1 - Prestazioni garantite

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento immediato del capitale. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

La Società si impegna:

- a corrispondere all'Assicurato il capitale garantito per malattia grave pari al 50% del capitale assicurato per il caso di morte, a titolo di anticipazione su tale capitale;
- ad esonerare il Contraente dal pagamento del premio dell'assicurazione base per la residua durata di quest'ultima,

qualora l'Assicurato venga colpito dall'insorgenza, entro la durata della presente assicurazione accessoria, di una delle malattie gravi considerate indennizzabili ai sensi delle «Definizioni e condizioni di indennizzabilità» di seguito riportate. Eseguito il pagamento del capitale assicurato per malattia grave,

- la garanzia accessoria si estingue e nulla è più dovuto qualora l'Assicurato venga colpito da altra malattia grave, mentre
- l'assicurazione resta in vigore per la corresponsione di un capitale ridotto in caso di morte dell'Assicurato prima della sua scadenza; tale capitale ridotto è uguale alla differenza tra il capitale assicurato in caso di morte e quello dovuto per malattia grave.

Il premio della presente assicurazione accessoria, è dovuto per la durata della stessa a condizione che l'assicurato sia in vita e non sia colpito da malattia grave. La presente assicurazione accessoria non ammette valori di riduzione o di riscatto.

2. Data di insorgenza della malattia grave

Per data di insorgenza della malattia grave si intende la data in cui viene diagnosticata la malattia, quale risulta dalla documentazione medica di corredo alla denuncia di sinistro.

All'insorgenza della malattia grave il Contraente sospende il pagamento delle rate di premio, dovute per l'assicurazione complementare - Garanzia C - ed aventi scadenza successiva alla data della denuncia, ferme restando le garanzie in corso. Se la malattia grave viene riconosciuta indennizzabile, l'obbligo del pagamento dei premi scaduti successivamente alla data di insorgenza della malattia grave cessa definitivamente e la Società rimborsa le rate di premio che eventualmente fossero state corrisposte in più.

Qualora, invece, la malattia grave non venga riconosciuta indennizzabile dalla Società, il Contraente è tenuto, entro 30 giorni dalla comunicazione avutane ed ancorché abbia promosso la decisione di un Collegio Arbitrale ai sensi dell'art. 6 delle Condizioni di indennizzabilità, a versare i premi non corrisposti, scaduti successivamente alla data di insorgenza della malattia, aumentati degli interessi di riattivazione nella misura stabilita dall'art. 6) delle Condizioni Generali di polizza; in caso contrario trova applicazione quanto stabilito all'art. 6 delle Condizioni Generali di polizza per il caso di mancato pagamento del premio.

3 - Premio annuo - Interruzione del pagamento dei premi

Il premio annuo pattuito è costante per tutta la durata contrattuale ed è dovuto non oltre l'anno di decesso dell'Assicurato. Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi nel corso della durata contrattuale la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti, con eventuali frazioni, ed i premi versati resteranno acquisiti alla Società, senza diritto a capitale ridotto od a valore di riscatto.

4 - Riattivazione

Nel caso di sospensione del pagamento dei premi la polizza potrà essere riattivata in base a quanto prevede lo specifico articolo delle Condizioni Generali.

Definizioni e condizioni di indennizzabilità

Art. 1 - Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata

Sono considerate indennizzabili alle condizioni di cui ai successivi articoli le seguenti malattie gravi:

A. Infarto miocardico:

evento ischemico che risulta nella morte irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno.

La diagnosi viene formulata sulla base dei 4 seguenti criteri:

- a) storia del dolore cardiaco tipico;
- b) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
- c) modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) comparsa di alterazioni della cinetica parietale all'ecocardiogramma.

B. Chirurgia cardiovascolare:

procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico.

Interventi di sostituzione valvolare con protesi meccanica o biologica.

Vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedano toracotomia quali ad esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.

C. Ictus cerebrale:

accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola ecc...). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

D. Tumore:

neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei *polipi* intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke.

E. Insufficienza renale:

malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

F. Trapianto d'organo:

malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. È necessaria la certificazione dell'inserimento in lista di attesa presso un centro qualificato.

Il rischio di malattia grave è coperto, qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'assicurato.

Art. 2 - Esclusioni

Sono escluse dall'indennizzo le malattie gravi dovute alle stesse cause per le quali l'ars. 4 delle Condizioni Generali di assicurazione esclude la copertura del rischio di morte.

Sono altresì escluse dall'indennizzo le malattie gravi insorte entro 6 mesi dalla data di perfezionamento dell'assicurazione accessoria per malattia grave. In questo caso la Società rimborserà l'importo dei premi incassati per la presente assicurazione accessoria al netto delle imposte con annullazione della medesima.

Art. 3 - Denuncia

Verificatasi una delle malattie gravi indicate al precedente art. 1, il Contraente, l'Assicurato od altra persona in loro vece deve, entro 90 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, farne denuncia alla Società, mediante lettera raccomandata alla Direzione Generale della stessa, e deve inoltre fornire a questa, sempre a mezzo di lettera raccomandata, una relazione medica e la documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

Art. 4 - Obblighi del Contraente e dell'Assicurato

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione accessoria, sono obbligati:

- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società atta ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave, nonché
- a fornire ogni ulteriore documentazione che la Società ritenesse opportuno richiedere per l'accertamento.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare le condizioni di salute dell'Assicurato con medici di sua fiducia.

Art. 5 - Accertamento e liquidazione delle prestazioni

La Società si impegna ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione tutta, richiesta a norma dei precedenti articoli 3 e 4, ed a liquidare il capitale assicurato per detto evento entro i successivi 30 giorni.

Il decesso dell'Assicurato, dovuto alla malattia grave indicata nella denuncia, che intervenga prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità della malattia stessa, equivale ad avvenuto riconoscimento dell'indennizzabilità della malattia grave e comporta la liquidazione agli aventi diritto del capitale assicurato per tale evento, mentre l'eventuale somma ulteriormente assicurata per l'evento di morte viene corrisposta ai beneficiari a tal fine designati.

Qualora il decesso dell'Assicurato, intervenuto come sopra prima dell'accertamento dell'indennizzabilità, sia dovuto a causa diversa dalla malattia grave indicata nella denuncia, le prestazioni dovute per il caso di morte vengono corrisposte ai beneficiari designati, mentre nessuna somma è dovuta per la garanzia di malattia grave.

Art. 6 - Collegio arbitrale

Nel caso in cui la malattia grave non venga riconosciuta indennizzabile dalla Società il Contraente ha facoltà, entro 30 giorni dalla comunicazione avutane, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio Arbitrale, composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti. In caso di mancato accordo la scelta del terzo arbitro sarà demandata, anche ad istanza di una sola delle due parti, al Presidente del Tribunale dove ha sede la Società.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, come amichevole compositore, senza formalità di procedura, con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale.

Gli arbitri, ove lo ritengano opportuno, potranno esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Tutte le altre spese sono a carico della parte soccombente.

 **GRUPPO CARIPLO**