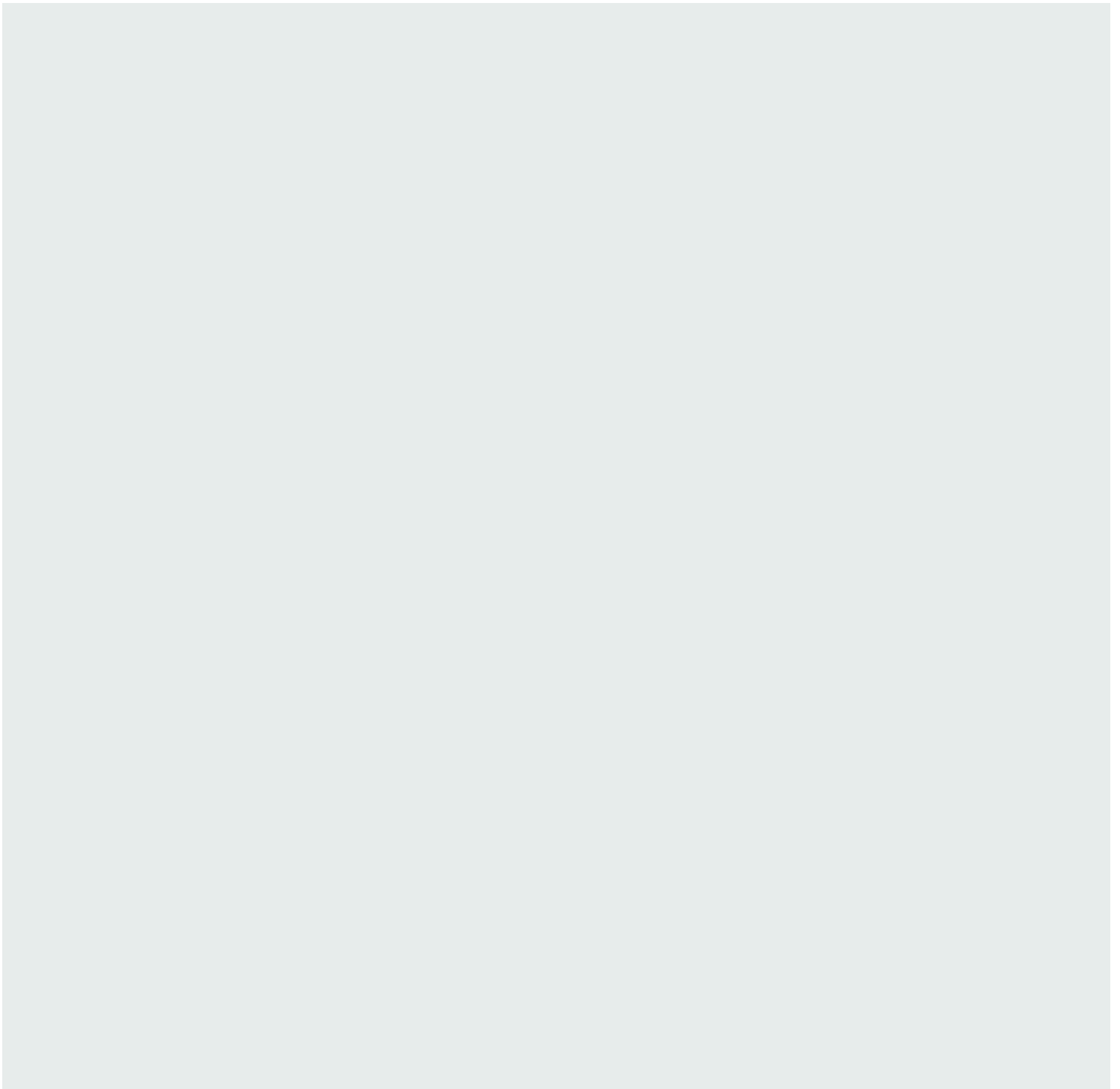


Programma Pensione

Piano Individuale Pensionistico di Tipo Assicurativo Fondo Pensione.

condizioni generali di contratto



Programma Pensione

Piano individuale pensionistico di tipo assicurativo - fondo pensione
Iscritto all'apposito albo tenuto dalla COVIP con il n. 5019

Condizioni generali di contratto

Premessa

Il presente contratto ha per oggetto la disciplina del piano individuale pensionistico di tipo assicurativo - fondo pensione denominato "Programma Pensione", attuato mediante un contratto di assicurazione sulla vita ed avente caratteristiche rispondenti a quelle stabilite dall'art. 13 del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005 n. 252 (di seguito il Decreto) e successive modificazioni e integrazioni.

Articolo 1

Prestazioni assicurate

Il contratto prevede, a fronte di un capitale costituito nel rispetto delle presenti condizioni generali, il pagamento all'aderente, sotto forma di rendita annua vitalizia rivalutabile annualmente, di una prestazione pensionistica complementare a quella obbligatoria. È facoltà dell'aderente chiedere il pagamento della prestazione in forma di capitale, nei casi e con i limiti previsti dal Decreto. Nel caso in cui l'aderente deceda prima dell'accesso alla prestazione pensionistica, la Compagnia corrisponde agli aventi diritto un capitale determinato moltiplicando il numero delle quote del fondo assegnate al contratto alla data di ricezione, da parte della Compagnia, della denuncia di decesso per il loro valore unitario riferito alla medesima data. Il capitale caso morte così determinato è aumentato dell'1%. In caso di decesso dell'aderente durante l'erogazione della prestazione in forma di rendita annua vitalizia rivalutabile, il contratto si risolve e nulla è più dovuto da parte della Compagnia ad alcun titolo, fatto salvo quanto previsto all'articolo 9 delle presenti condizioni.

Articolo 2

Versamento dei contributi

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 sono erogate previo pagamento alla Compagnia, da parte dell'aderente, di un contributo, da versarsi in via anticipata e in un'unica soluzione all'atto della sottoscrizione del modulo di adesione. L'entità di tale contributo non può essere inferiore a euro 1.200. I contributi successivi sono di importo libero e possono essere versati dall'Aderente senza il rispetto di scadenze prestabilite. La copertura obbligatoria caso morte pari all'1% del controvalore delle quote è a carico della Compagnia.

Spese e oneri derivanti dalla partecipazione a Programma Pensione

La partecipazione al PIP comporta i seguenti costi ed oneri a carico dell'aderente:

a) nella fase di accumulo:

- un caricamento del 3% applicato su ciascun versamento effettuato, compreso il primo all'atto dell'adesione;
- i costi gravanti sul patrimonio del fondo interno in cui si è scelto di investire i contributi. Detti costi sono dettagliatamente elencati nei regolamenti di gestione di ciascuno dei tre fondi interni allegati alle presenti condizioni generali di contratto;
- un costo di 50 euro applicato in caso di trasferimento della posizione individuale da un fondo interno del presente PIP ad altro previsto dalle condizioni generali di contratto (cfr art. 12);

b) nella fase di erogazione della rendita:

- un costo per la rivalutazione della rendita pari al massimo al 20% (rendimento minimo trattenuto) del rendimento conseguito dalla gestione interna separata "Zurich Trend" (cfr. art. 11 delle presenti condizioni generali di contratto);
- le spese per il servizio di erogazione della rendita pari a 1,25% della rendita stessa, già compreso nei coefficienti di trasformazione in rendita riportati nelle Tavole dei coefficienti di conversione del capitale costitutivo della rendita in rendita vitalizia rivalutabile e in rendita certa 5/10 vitalizia rivalutabile, allegate alle presenti condizioni generali di contratto.

Articolo 3

Conclusione del contratto

Per aderire è necessario compilare e sottoscrivere il modulo di adesione, completo di tutte le informazioni e i documenti richiesti dalla normativa vigente; per data di adesione alla presente forma pensionistica si intende la data riportata nel modulo di adesione.

Il contratto si intende concluso nel momento in cui la Società rilascia all'Aderente la conferma di adesione. Ciò può avvenire contestualmente all'adesione o successivamente, con lettera di conferma, che verrà inviata entro 15 giorni dalla ricezione del modulo di adesione da parte della Società.

Il modulo di adesione, la conferma di adesione e qualsiasi comunicazione aggiuntiva e/o appendice emessa dalla Società costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

Articolo 4

Diritto di recesso dal contratto

Entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di conferma di adesione (data di conclusione del contratto), l'aderente può esercitare il diritto di recesso, mediante richiesta scritta indirizzata alla Compagnia, contenente gli elementi identificativi del contratto.

Il recesso ha l'effetto di liberare l'aderente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24.00 della data di ricezione, da parte della Compagnia, della comunicazione scritta di recesso.

La Compagnia rimborserà all'aderente l'importo del contributo versato, entro trenta giorni dalla data di ricezione della richiesta. Tale importo è inoltre rettificato dell'eventuale differenza positiva o negativa tra il controvalore delle quote del fondo assegnate al contratto, calcolato in base al loro valore unitario riferito alla data di ricezione, da parte della Compagnia, della richiesta di recesso, e il controvalore delle stesse quote, calcolato in base al loro valore unitario riferito al cosiddetto giorno di riferimento, così come definito all'articolo 7 di seguito riportato. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Articolo 5

Decorrenza del contratto

Le prestazioni di cui all'articolo 1 delle condizioni generali di contratto entrano in vigore alle ore 24.00 del giorno indicato nella conferma di adesione quale data di decorrenza a condizione che sia stato versato il primo contributo.

Il contratto si scioglie nel caso di esercizio del diritto di recesso e nei casi previsti dal Decreto, di seguito indicati:

- decesso dell'aderente;
- trasferimento della posizione maturata ad altre forme pensionistiche complementari;
- liquidazione del valore di riscatto totale nei casi previsti dal Decreto ed indicati all'articolo 15 delle condizioni generali di contratto;
- liquidazione della prestazione per maturazione dei requisiti di accesso alla medesima stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza.

Articolo 6

Dichiarazioni dell'aderente

Le dichiarazioni dell'aderente devono essere esatte e complete. L'inesattezza delle dichiarazioni dell'aderente comporta l'applicazione, da parte della Compagnia, degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

Articolo 7

Investimento del contributo - Regole per la valorizzazione

La Compagnia, verificato il regolare incasso del contributo, provvede ad effettuare l'investimento in quote del Fondo, tra quelli disponibili, scelto dall'aderente stesso. Per il primo versamento, il contributo, al netto del diritto fisso e dei caricamenti, è investito in quote del fondo scelto dall'aderente al momento dell'adesione. Il numero delle quote attribuite al contratto si determina dividendo l'importo del contributo versato, al netto di quanto sopra descritto, per il loro valore unitario riferito al cosiddetto "giorno di riferimento", vale a dire al:

- 4° giorno lavorativo e di borsa aperta successivo alla data di ricezione, da parte della Compagnia, del modulo di adesione correttamente e completamente compilato, nel caso in cui il mezzo di pagamento sia assegno o bonifico da conto corrente Deutsche Bank S.p.A.;
- Nel caso in cui, all'atto della sottoscrizione del modulo di adesione, siano state richieste e attivate le prestazioni accessorie, il contributo versato, al netto del diritto fisso, dei caricamenti e del premio per le prestazioni accessorie, è investito in quote del fondo scelto dall'aderente al momento della sottoscrizione del modulo di adesione. Il numero delle quote attribuite al contratto si determina dividendo l'importo del contributo versato, al netto di quanto sopra descritto, per il loro valore unitario riferito al cosiddetto giorno di riferimento, vale a dire all'8° giorno lavorativo e di borsa aperta successivo alla data di ricezione, da parte della Compagnia, del modulo di adesione correttamente e completamente compilato, corredato della documentazione per la valutazione del rischio, nel caso in cui il mezzo di pagamento sia assegno o bonifico da conto corrente Deutsche Bank S.p.A..

La data di ricezione, da parte della Compagnia, del modulo di adesione è riportata in polizza. Nel caso in cui dalla valutazione della proposta e/o dalla documentazione fornita dall'aderente risulti necessario acquisire ulteriori informazioni, precisazioni o documenti per una corretta e completa valutazione del rischio da assumere, i termini sopra

indicati restano sospesi e la Compagnia si impegna a darne tempestiva comunicazione scritta all'aderente entro il giorno di riferimento.

Per i versamenti successivi al primo, il contributo versato, al netto del diritto fisso, se previsto, e dei caricamenti, è investito in quote del fondo scelto dall'aderente. Per tutti i mezzi di pagamento, eccetto il bonifico da banche terze, il numero delle quote attribuite al contratto si determina dividendo l'importo del contributo versato, al netto di quanto sopra descritto, per il loro valore unitario riferito al giorno di incasso del versamento da parte della Compagnia, se giorno di borsa aperta, altrimenti al giorno di borsa aperta immediatamente successivo. Per il bonifico da banche terze, il numero delle quote attribuite al contratto si determina dividendo l'importo del contributo versato, al netto del diritto fisso, se previsto, e dei caricamenti, per il loro valore unitario riferito al giorno di ricezione da parte della Compagnia - se giorno di borsa aperta, altrimenti al giorno di borsa aperta immediatamente successivo - della contabile bancaria di avvenuto accredito sul conto corrente intestato alla Compagnia, o, se successivo, al giorno in cui si sia reso disponibile per valuta il versamento stesso - se giorno di borsa aperta, altrimenti al giorno di borsa aperta immediatamente successivo.

Articolo 8

Condizioni di accesso alla prestazione pensionistica

L'aderente può chiedere il pagamento della prestazione, a condizione che abbia maturato i requisiti di accesso alla prestazione pensionistica previsti dal Decreto e riportati nella Nota informativa. Fatto salvo il rispetto delle condizioni minime necessarie per l'accesso alla prestazione, l'aderente può formulare alla Compagnia la richiesta di prolungare la durata del contratto anche oltre il raggiungimento del limite dell'età pensionabile previsto nel Decreto. L'aderente potrà autonomamente determinare, in fase successiva, il momento in cui fruire delle prestazioni pensionistiche. Durante tale periodo, è facoltà dell'aderente effettuare ulteriori versamenti.

Articolo 9

Modalità di pagamento della prestazione pensionistica

La prestazione pensionistica è erogata sotto forma di rendita annua vitalizia rivalutabile posticipata. Al momento della domanda di accesso alla prestazione pensionistica, l'aderente può chiedere, in via alternativa, che la rendita annua vitalizia sia erogata con una delle seguenti modalità:

- a) rendita annua vitalizia rivalutabile, pagabile in modo certo nei primi 5 o 10 anni, successivamente finché l'aderente sia in vita;
- b) rendita annua vitalizia rivalutabile, pagabile all'aderente finché in vita e successivamente, per intero o in parte, ad altra persona designata (c.d. reversionario), purché in vita alla data di decesso dell'aderente (c.d. reversibilità della rendita). Il reversionario e la percentuale di reversibilità devono essere indicate dall'aderente all'atto della relativa richiesta. A seguito della richiesta, la Compagnia ridetermina e comunica il nuovo ammontare della rendita vitalizia reversibile rivalutabile, calcolata in funzione della percentuale di reversibilità prescelta, della data di nascita, dell'età dell'aderente e del reversionario.

L'aderente, al momento della domanda di accesso alla prestazione pensionistica, può altresì richiedere che parte della prestazione sia corrisposta anche in forma di capitale, ma nel rispetto delle condizioni e dei limiti fissati dal Decreto e riportati nella Nota informativa.

Articolo 10

Criteri di determinazione della prestazione in forma di rendita

Il capitale maturato al momento dell'accesso alla prestazione pensionistica è pari al controvalore delle quote del fondo attribuite al contratto alla data di ricezione, da parte della Compagnia, della domanda di liquidazione della prestazione, completa della documentazione richiesta, calcolato in base al valore unitario delle quote riferito alla medesima data. Detto capitale, diminuito della eventuale parte di prestazione da erogare sotto forma di capitale entro i limiti previsti dal Decreto, è impiegato quale premio unico per la costituzione di una rendita annua vitalizia rivalutabile. L'importo della rendita annua vitalizia rivalutabile si ottiene moltiplicando il premio unico per il coefficiente di conversione in rendita riportato nell'allegato "Tavola dei coefficienti di conversione in rendita vitalizia rivalutabile", e dividendo il risultato così ottenuto per mille. Tale coefficiente può essere rideterminato in conseguenza della variazione delle basi demografiche dovuta alla variazione della probabilità di sopravvivenza emersa dalle rilevazioni statistiche nazionali sulla popolazione, condotte dall'ISTAT o da altro organismo pubblico, e dai portafogli di polizze. Nel caso di variazione dei coefficienti di conversione del capitale in rendita, la Compagnia si impegna a darne tempestiva comunicazione scritta all'aderente. La modifica ha effetto dopo che siano trascorsi 60 giorni dalla data di invio della comunicazione. Ai fini della determinazione dell'importo della rendita annua vitalizia rivalutabile, si applica il coefficiente in vigore alla data della richiesta di accesso alla prestazione. La Compagnia ha la facoltà di rivedere la misura del tasso tecnico, nel rispetto delle disposizioni previste dal provvedimento ISVAP, ora IVASS, n. 1036G/1998. La modifica del tasso tecnico avrà effetto sui premi unici versati successivamente all'entrata in vigore della modifica. Qualora le modifiche proposte dalla Compagnia comportino: (i) un peggioramento rilevante delle condizioni economiche del contratto; (ii) un sostanziale cambiamento delle caratteristiche del PIP (per esempio: variazione significativa della politica di investimento), l'aderente ha la facoltà di trasferire la propria posizione assicurativa ad altra forma pensionistica complementare. La Compagnia comunica ad ogni aderente le modifiche sopra indicate almeno 120 giorni prima della data di efficacia. L'aderente ha 90 giorni di tempo da detta comunicazione per manifestare l'eventuale scelta di trasferimento.

Articolo 11

Criteria di rivalutazione della rendita in erogazione

In fase di erogazione della rendita annua vitalizia, la Compagnia riconosce una rivalutazione annua della prestazione assicurata derivante dalla gestione degli investimenti denominata Zurich Trend, separata dalle altre attività della Compagnia e disciplinata da apposito Regolamento, che fa parte integrante delle condizioni generali di contratto.

La Compagnia, nel corso della durata del contratto, si riserva di istituire nuove gestioni degli investimenti separate dalle altre attività della Compagnia stessa. In tal caso, previa comunicazione scritta, verrà data facoltà all'aderente di scegliere, all'atto della richiesta di liquidazione della prestazione, che il capitale maturato sia investito in una delle gestioni degli investimenti attive a quella data.

A. Misura della rivalutazione

La Compagnia determina entro il 28 febbraio di ciascun anno il rendimento annuo lordo della gestione separata Zurich Trend realizzato nel periodo di osservazione che va dal 1 gennaio al 31 dicembre dell'anno precedente. La misura annua di rivalutazione è determinata:

- moltiplicando il rendimento annuo lordo per un'aliquota di partecipazione di volta in volta fissata. Tale aliquota non può essere inferiore all'80%;
- diminuendo tale risultato del tasso tecnico dell'1,00%, già conteggiato nel calcolo del premio;
- scontando tale risultato per il periodo di un anno al tasso tecnico dell'1,00%.

Per i contratti con ricorrenza annua compresa tra il 1° gennaio e il 31 marzo di ogni anno, la misura di rivalutazione è determinata in base al rendimento annuo lordo della gestione separata Zurich Trend realizzato nel periodo di osservazione conclusosi il 31/12 del secondo anno antecedente quello di calcolo.

Per i contratti con ricorrenza annua compresa tra il 1° aprile e il 31 dicembre di ogni anno, la misura di rivalutazione è determinata in base al rendimento annuo lordo della gestione separata Zurich Trend realizzato nel periodo di osservazione conclusosi il 31/12 precedente alla data di calcolo.

B. Modalità di calcolo della rivalutazione

La rendita rivalutata è calcolata sommando alla rendita in vigore nel periodo annuale precedente un importo ottenuto moltiplicando detta rendita per la misura di rivalutazione. La rivalutazione della rendita assicurata è acquisita in via definitiva e sarà comunicata ogni anno.

Articolo 12

Trasferimento ad altro fondo interno

L'aderente, una volta all'anno, ha la facoltà di chiedere alla Compagnia di trasferire il controvalore delle quote del fondo scelto ad altro fondo, tra quelli proposti dalla Compagnia. Il controvalore delle quote da trasferire è determinato moltiplicando il numero delle quote del fondo scelto per il loro valore unitario riferito al giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento della richiesta di switch (data di disinvestimento), al netto della commissione di trasferimento ad altro fondo indicata in nota informativa. La Compagnia investe il capitale come sopra determinato nel nuovo fondo scelto, dividendo il citato importo per il valore unitario delle quote del nuovo fondo riferito terzo giorno di borsa aperta successivo alla data di disinvestimento. Tutti i successivi contributi versati dall'aderente saranno investiti nel nuovo Fondo scelto.

Articolo 13

Trasferimento ad altre forme pensionistiche complementari

Trascorsi almeno due anni dalla conclusione del contratto, l'aderente può chiedere il trasferimento della posizione previdenziale individuale ad altra forma pensionistica complementare, tra quelle previste dal Decreto. Il citato limite temporale non sussiste nel caso in cui l'aderente chieda di trasferire la posizione previdenziale maturata presso altra forma previdenziale alla quale abbia facoltà di accesso in relazione alla nuova attività lavorativa. In caso di modifiche contrattuali peggiorative delle condizioni economiche del contratto, l'aderente può chiedere di trasferire la posizione previdenziale maturata ad altra forma pensionistica complementare, anche prima del periodo minimo di partecipazione di due anni. Per il trasferimento della posizione previdenziale individuale, l'aderente deve inviare richiesta scritta alla Compagnia che, entro il termine massimo di sei mesi dalla data di ricezione della richiesta completa della documentazione necessaria, si impegna a trasferire la posizione previdenziale individuale maturata alla forma di previdenza complementare di destinazione. Il valore del capitale da trasferire è determinato moltiplicando il numero delle quote assegnate al contratto per il loro valore unitario riferito al giorno di ricezione, da parte della Compagnia, della richiesta di trasferimento.

Articolo 14

Trasferimento da altre forme pensionistiche complementari

È consentito il trasferimento alla forma pensionistica individuale disciplinata dal presente contratto della posizione maturata presso altra forma di previdenza complementare prevista dal Decreto. In tal caso, si applicano tutte le condizioni del presente contratto. Si precisa che in caso di adesioni derivanti da trasferimento della posizione individuale da altra forma pensionistica complementare non sono previste spese direttamente a carico dell'aderente.

Articolo 15

Riscatto della posizione previdenziale

L'aderente, in qualsiasi momento, può:

- a) riscattare il 50 per cento della posizione individuale maturata, in caso di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria;
- b) riscattare l'intera posizione individuale maturata, in caso di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo o a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi. Il riscatto non è tuttavia consentito ove tali eventi si verifichino nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari. In tal caso l'aderente ha facoltà di richiedere che le prestazioni siano erogate con un anticipo massimo di cinque anni rispetto alla maturazione dei requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza.

Nel caso previsto al punto b) del comma precedente l'aderente, in luogo dell'esercizio dei diritti di riscatto, può proseguire la partecipazione al PIP, anche in assenza di contribuzione. Il valore di riscatto totale è determinato moltiplicando il numero delle quote assegnate al contratto alla data di ricezione, da parte della Compagnia, della richiesta di riscatto, completa della documentazione indicata nell'allegato A alle condizioni generali di contratto, per il loro valore unitario riferito alla medesima data. In caso di riscatto pari al 50% della posizione individuale maturata, la Compagnia disinveste un numero di quote del fondo determinato in base al valore unitario delle quote riferito alla data di ricezione, da parte della Compagnia, della relativa richiesta completa della documentazione indicata nell'allegato A alle condizioni generali di contratto. In caso di decesso dell'aderente prima dell'esercizio del diritto alla prestazione pensionistica, la posizione individuale è riscattata dagli eredi ovvero dai diversi beneficiari designati dallo stesso, siano essi persone fisiche o giuridiche. In mancanza di tali soggetti, la posizione individuale viene devoluta a finalità sociali secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente. Al di fuori dei suddetti casi, non sono previste forme di riscatto della posizione. La Compagnia, accertata la sussistenza dei requisiti, provvede al riscatto della posizione con tempestività e comunque entro il termine massimo di sei mesi dalla ricezione della richiesta completa della documentazione necessaria. Il riscatto totale della posizione individuale comporta la cessazione della partecipazione al PIP.

Articolo 16

Anticipazioni

L'aderente può conseguire un'anticipazione della posizione individuale maturata nei seguenti casi e con i seguenti limiti:

- a) in qualsiasi momento, per un importo non superiore al 75 per cento, per spese sanitarie conseguenti a situazioni gravissime attinenti a sé, al coniuge o ai figli, per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche;
- b) decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari, per un importo non superiore al 75 per cento, per l'acquisto della prima casa di abitazione, per sé o per i figli, o per la realizzazione, sulla prima casa di abitazione, degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, di restauro e di risanamento conservativo, di ristrutturazione edilizia, di cui alle lettere a), b), c), d) del comma 1 dell'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380;
- c) decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari, per un importo non superiore al 30 per cento, per la soddisfazione di ulteriori sue esigenze.

Le disposizioni che specificano i casi e regolano le modalità operative in materia di anticipazioni sono riportate in apposito documento allegato. Le somme complessivamente percepite a titolo di anticipazione non possono eccedere il 75 per cento della posizione individuale maturata, incrementata delle anticipazioni percepite e non reintegrate. In caso di richiesta di anticipazione della posizione individuale maturata, la Compagnia disinveste un numero di quote del fondo determinato in base al valore unitario delle quote riferito alla data di ricezione, da parte della Compagnia, della relativa richiesta completa della documentazione indicata nell'allegato A alle condizioni generali di contratto. Ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria per esercitare il diritto all'anticipazione, sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione a forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente, per i quali lo stesso non abbia esercitato il diritto di riscatto totale della posizione individuale. Le somme percepite a titolo di anticipazione possono essere reintegrate, a scelta dell'aderente e in qualsiasi momento.

Le anticipazioni di cui al comma 1 lettera a) sono sottoposte agli stessi limiti di cedibilità, sequestrabilità e pignorabilità, in vigore per le pensioni a carico degli istituti di previdenza obbligatoria.

Articolo 17

Pagamenti della Compagnia

Le richieste di pagamento delle somme dovute in forza del contratto hanno effetto nei confronti della Compagnia quando quest'ultima ne abbia conoscenza. Si considerano conosciute le richieste pervenute presso la sede della Compagnia.

Si considerano ricevute in giornata le richieste pervenute entro le ore 13.00. Per tutti i pagamenti, devono essere preventivamente consegnati alla Compagnia i documenti indicati negli allegati necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. La Compagnia, per particolari esigenze istruttorie, si riserva la facoltà di richiedere la produzione di ulteriore documentazione, che verrà di volta in volta immediatamente specificata. Entro 180 giorni dalla ricezione, da parte della Compagnia, della documentazione completa e a condizione che sia maturato il diritto alla prestazione, la Compagnia esegue il pagamento delle prestazioni previste in forma di capitale.

Programma Pensione

Condizioni generali di contratto

Il pagamento della prestazione di rendita viene effettuato entro trenta giorni dalla scadenza della relativa rata. In caso di trasferimento ad altre forme pensionistiche complementari e di riscatto la Compagnia esegue il pagamento della prestazione entro il termine massimo di sei mesi dalla data di ricezione della richiesta completa della documentazione necessaria. Trascorsi tali termini e a partire dai termini stessi, la Compagnia si impegna a corrispondere agli aventi diritto gli interessi di mora al tasso legale in vigore.

Articolo 18

Foro Competente

Ogni controversia derivante dalla interpretazione e/o esecuzione del contratto è convenzionalmente devoluta alla competenza esclusiva del Foro del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente.

Articolo 19

Normativa relativa a FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) e disposizioni concernenti lo Scambio Automatico di Informazioni, ai sensi della legge 18 giugno 2015 n. 95.

La Compagnia non offre consulenza sul trattamento fiscale del Contratto. Per ricevere maggiori informazioni e dettagli su quanto riportato di seguito, si prega di consultare un consulente fiscale.

Obbligo di identificazione

Ai sensi della suddetta legge, la normativa richiede che la Compagnia identifichi gli Aderenti che siano cittadini statunitensi e/o abbiano la residenza fiscale in uno Stato diverso dall'Italia, e ne invii una comunicazione periodica alla Agenzia delle Entrate.

L'identificazione avviene in fase di assunzione della polizza ma anche durante tutta la vita del contratto principalmente mediante una o più richieste di autocertificazione da parte dell'Aderente.

Ogni volta che la Compagnia riterrà che siano intervenute variazioni rispetto ad una autocertificazione, ne richiederà una nuova, non considerando più valida la precedente.

Per esempio la Compagnia potrà richiedere una nuova autocertificazione se verrà a conoscenza di nuovi indizi che possano far presumere che l'Aderente sia un cittadino statunitense e/o che abbia residenza fiscale in uno Stato diverso dall'Italia.

Obbligo di comunicazione

Se l'Aderente diventa cittadino statunitense e/o acquisisce la residenza fiscale di uno Stato diverso dall'Italia, ha l'obbligo di comunicare tale cambiamento per iscritto alla Compagnia entro 60 giorni dall'evento che ha comportato la variazione.

Se la Compagnia verrà a conoscenza di nuovi indizi che possano far presumere che l'Aderente sia un cittadino statunitense e/o con residenza fiscale in uno Stato diverso dall'Italia, potrà richiedere maggiori informazioni e chiarimenti per determinare la sua effettiva posizione fiscale.

In caso di mancata o non corretta comunicazione o autocertificazione da parte dell'Aderente, nei termini sopraindicati, la Compagnia è obbligata a segnalare l'Aderente all'Agenzia delle Entrate.

Condizioni di assicurazione delle prestazioni accessorie

Premessa

Il contratto è disciplinato:

- dalle condizioni di assicurazione, di seguito riportate;
- dalle eventuali appendici di contratto emesse dalla Compagnia;
- dalle norme di legge, per quanto non espressamente disciplinato dai documenti sopra elencati.

SEZIONE I

Norme comuni a tutte le prestazioni accessorie

In questa sezione vengono riportate le condizioni di assicurazione comuni a tutte le prestazioni accessorie (di seguito anche coperture accessorie).

Articolo 1

Attivazione delle prestazioni accessorie

L'aderente, al momento dell'adesione a Programma Pensione (di seguito anche il "contratto principale") oppure in un momento successivo nel corso della durata del contratto, può chiedere l'attivazione di una o più delle seguenti prestazioni accessorie: complementare caso morte; infortuni caso morte; malattie gravi; invalidità totale e permanente in caso di infortunio e malattia. La copertura assicurativa long term care può essere attivata:

- al momento dell'adesione a Programma Pensione o in un momento successivo del rapporto contrattuale, a condizione che l'aderente non abbia un'età superiore a 65 anni; in questo caso la copertura è annuale.
- nel mese precedente la scadenza di Programma Pensione. In questo caso la copertura è a vita intera. Se l'aderente ha un'età superiore a 65 anni, questa modalità di attivazione può essere utilizzata solo nel caso in cui l'aderente abbia precedentemente sottoscritto la copertura long term care a premio annuo.

La prestazione accessoria infortuni caso morte potrà essere attivata:

- contemporaneamente alla copertura caso morte;
- oppure
- successivamente alla copertura caso morte, a condizione che quest'ultima sia in vigore.

Inoltre tale copertura potrà essere attivata esclusivamente alla decorrenza del contratto principale o alla ricorrenza annua del contratto principale.

Articolo 2

Disattivazione delle coperture

Tutte le prestazioni accessorie possono essere disattivate dall'aderente con una richiesta scritta inviata alla Compagnia almeno un mese prima della ricorrenza annuale della polizza.

La prestazione accessoria long term care a vita intera non può essere disattivata e resta quindi attiva sino alla data del decesso dell'aderente.

Articolo 3

Decorrenza degli effetti delle coperture

Gli effetti delle coperture assicurative complementari attivate contemporaneamente al contratto principale entrano in vigore dalle ore 24 del giorno indicato in polizza quale data di decorrenza. Gli effetti delle prestazioni accessorie attivate successivamente al contratto principale entrano in vigore dalle ore 24 del giorno indicato nell'appendice di polizza quale data di decorrenza.

Articolo 4

Durata e scadenza delle coperture

La durata delle prestazioni accessorie e della copertura long term care a premio annuo è pari al periodo intercorrente tra la decorrenza della prestazione accessoria e la scadenza del contratto principale. La scadenza delle prestazioni accessorie e della copertura long term care a premio annuo, in qualunque momento attivate, coincide con quella del contratto principale. La copertura long term care a vita intera si risolve con il decesso dell'aderente.

Articolo 5

Premio

Il premio relativo alla prima semestralità delle prestazioni accessorie e della copertura long term care a premio annuo, qualora vengano attivate contemporaneamente al contratto principale, viene prelevato dal versamento effettuato dall'aderente all'atto della sottoscrizione del modulo di adesione e prima dell'acquisizione delle quote del fondo di

investimento scelto. Nel caso in cui le prestazioni accessorie vengano attivate in data successiva a quella del contratto principale, la Compagnia preleverà dalla disponibilità in quote del fondo di investimento un rateo di premio corrispondente al periodo che intercorre tra l'attivazione delle coperture e la prima ricorrenza annuale successiva del contratto principale. I premi delle prestazioni accessorie relativi alle successive semestralità vengono prelevati automaticamente dalla disponibilità in quote del fondo di investimento scelto. Il numero di quote da disinvestire è calcolato utilizzando il valore unitario delle quote riferito al terzo giorno di borsa aperta precedente la scadenza della relativa semestralità. La Compagnia, nell'ambito della rendicontazione periodica riferita al contratto principale, comunicherà all'aderente l'importo del premio prelevato semestralmente per le prestazioni accessorie. I premi annui delle prestazioni accessorie sono determinati sulla base dei coefficienti riportati in allegato al presente fascicolo. Nel caso in cui l'andamento del portafoglio costituito dalle prestazioni accessorie emesse alle medesime condizioni si discosti da quello previsto dalle basi statistiche utilizzate per il calcolo del premio, la Compagnia si riserva la facoltà di rivedere dalla ricorrenza successiva il premio delle prestazioni accessorie. Nel caso in cui vi siano modifiche tariffarie relative alle prestazioni accessorie, la Compagnia si impegna a comunicarle tempestivamente all'aderente.

Relativamente alla prestazione accessoria "malattie gravi", in caso di variazioni avverse della sinistrosità rilevate sul proprio portafoglio e su dati statistici aggregati a livello nazionale o internazionale, la compagnia si riserva la facoltà di poter rivedere i tassi di premio, dandone adeguata comunicazione agli Aderenti.

In caso di revisione dei tassi di premio, i nuovi tassi verranno applicati, in funzione dell'età raggiunta dall'Aderente, alla ricorrenza anniversaria immediatamente successiva alla data di revisione.

In ogni caso, la Compagnia garantisce comunque che tra una revisione e l'altra intercorrano almeno 10 anni.

Articolo 6

Sospensione ed estinzione delle prestazioni

Le coperture assicurative sono sospese nel caso in cui le quote del fondo di investimento siano insufficienti a coprire il pagamento del premio. In tal caso la Compagnia provvede ad informare tempestivamente l'aderente, che è tenuto ad effettuare il pagamento del premio entro e non oltre i 30 giorni successivi alla data di ricezione della comunicazione della Compagnia. Decorso tale termine, senza che l'aderente abbia pagato il premio, la copertura sarà disattivata.

L'aderente può tuttavia riattivare la copertura entro il termine di un anno dall'ultima ricorrenza annuale, contro pagamento del premio con gli accessori di legge, fatta salva la facoltà della Compagnia di richiedere eventuali accertamenti sanitari.

Le coperture accessorie si estinguono in ogni caso:

- se l'aderente esercita il diritto di riscatto del contratto principale;
- se l'aderente richiede la conversione del valore delle quote in una rendita vitalizia;
- in caso di estinzione del contratto principale;
- alla ricorrenza annuale in cui l'aderente abbia compiuto 75 anni per la copertura caso di morte e per la copertura infortuni caso morte; alla ricorrenza annuale in cui l'aderente abbia compiuto 65 anni per le prestazioni accessorie malattie gravi e invalidità totale e permanente da infortunio e malattia; alla ricorrenza annuale in cui l'aderente abbia compiuto 75 anni per la prestazione accessoria long term care a premio annuo, a condizione che tale copertura sia stata sottoscritta prima del compimento dei 65 anni.

Articolo 7

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non previsto dalle condizioni di assicurazione varranno le norme di legge.

SEZIONE II

Condizioni di assicurazione della prestazione accessoria "complementare caso morte"

(Operante solo se espressamente richiamata in polizza)

Articolo 1

Oggetto della copertura

Con questa garanzia, in caso di decesso dell'aderente prima della scadenza del contratto, la Compagnia corrisponderà ai beneficiari, o agli aventi diritto, un importo pari al capitale assicurato per il caso di morte.

Articolo 2

Importo del capitale assicurato

L'importo del capitale assicurato per il caso morte è scelto dall'aderente al momento della sottoscrizione del modulo di adesione e può essere aumentato ad ogni ricorrenza annuale.

In ogni caso l'importo del capitale assicurato non potrà essere inferiore a euro 25.000.

Articolo 3

Condizione di non fumatore dell'aderente

(i) Condizione di non fumatore dell'aderente.

Lo stato di non fumatore dell'aderente è dichiarato dall'aderente medesimo prima della conclusione del contratto di assicurazione e determina i parametri di computo del costo della copertura assicurativa per il caso di morte. Si definisce non fumatore ai fini della presente polizza colui che non ha mai fumato sigarette o sigari o pipa o altro, o al momento della stipulazione della presente polizza ha smesso di fumare da almeno 36 mesi. Peraltro, colui che ha smesso di fumare dietro prescrizione medica in considerazione di specifiche patologie, si considera sempre fumatore ai fini del presente contratto, anche qualora abbia smesso di fumare da più di 36 mesi.

(ii) Dichiarazioni rese dall'aderente in merito alla propria condizione di non fumatore

Nel caso in cui l'aderente renda dichiarazioni inesatte o reticenti in merito alla propria condizione di fumatore, la Compagnia può recedere dal contratto comunicando tale sua decisione all'Aderente entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Tuttavia, se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, o prima che la stessa abbia dichiarato di recedere dal contratto, l'indennizzo dovuto è ridotto in proporzione della differenza tra il costo della copertura assicurativa convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

(iii) Modifica della condizione dell'aderente in corso di contratto.

a) Aderente non fumatore che inizi o riprenda a fumare

Qualora nel corso della durata del presente contratto di assicurazione l'aderente inizi o riprenda a fumare, anche sporadicamente, sigarette o sigari o pipa o altro, l'aderente è tenuto a darne tempestiva comunicazione per iscritto alla Compagnia. A seguito di tale comunicazione, la Compagnia rideterminerà l'ammontare del costo della copertura assicurativa, al fine di considerare il relativo aggravio del rischio. Il nuovo ammontare così determinato, che il contraente accetta sin d'ora, sarà dovuto dall'anniversario della data di decorrenza del contratto successivo alla data di ricezione della medesima comunicazione. Nel caso in cui l'aderente ometta di comunicare tempestivamente alla Compagnia che l'aderente ha iniziato o ripreso a fumare, si applicheranno le disposizioni di cui al punto (ii) che precede.

Articolo 4

Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali. È escluso dalla copertura soltanto il decesso causato da:

- dolo dell'aderente o del beneficiario;
- partecipazione attiva dell'aderente a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'aderente ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'aderente non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'aderente si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'aderente implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'aderente non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- incidente di volo, se l'aderente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare del 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 dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
- attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione del modulo di adesione o successivamente.

Si richiama l'attenzione dell'Aderente sull'obbligo di comunicare per iscritto all'Impresa, in base alle disposizioni di cui all'art. 1926 del Codice Civile, le modifiche di professione dell'assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto. Il rischio di morte è inoltre escluso dalla copertura, nei casi previsti dai seguenti punti A) e B), qualora essi siano espressamente richiamati in polizza:

A) Condizioni di carenza per assicurazioni senza visita medica

Per volontà dell'aderente la presente copertura viene assunta senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle condizioni di assicurazione, qualora il decesso dell'aderente avvenga entro i primi sei mesi dall'entrata in vigore della presente copertura, la Compagnia corrisponderà un importo pari al premio prelevato per la prestazione accessoria caso morte. L'aderente ha tuttavia la facoltà di richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, ivi compresi gli eventuali sovrappremi.

La Compagnia non applicherà la limitazione sopra indicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari al capitale assicurato per il caso di morte, qualora il decesso dell'aderente sia conseguenza diretta:

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

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'aderente avvenga entro i primi cinque anni dall'entrata in vigore della presente copertura e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

B) Assicurazioni con visita medica in assenza del test HIV

Per volontà dell'aderente, la presente copertura viene assunta senza che siano stati eseguiti gli esami clinici necessari per l'accertamento dello stato di malattia da HIV o di sieropositività, richiesti da Zurich Investments Life. Pertanto a parziale deroga delle condizioni di assicurazione, qualora il decesso dell'aderente avvenga entro i primi sette anni dall'entrata in vigore della presente copertura ed è dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato per il caso di morte non sarà pagato.

Articolo 5

Richiamo alle norme comuni della sezione I e alle condizioni generali del contratto principale

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato negli articoli della presente sezione II, si applicano le norme comuni della sezione I e, laddove applicabili, le condizioni generali di contratto.

SEZIONE III

Condizioni di assicurazione della prestazione accessoria "infortuni caso morte"

(Operante solo se espressamente richiamata in polizza)

Articolo 1

Oggetto della copertura

La prestazione accessoria infortuni garantisce la corresponsione ai beneficiari, o agli aventi diritto, di un capitale per il caso di infortunio dell'aderente, avvenuto prima dell'estinzione della copertura che abbia come conseguenza la morte dello stesso, sempre che il decesso si verifichi entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto. La prestazione accessoria infortuni per il caso di morte potrà essere attivata:

- contemporaneamente alla copertura assicurativa caso morte; oppure
- successivamente alla copertura assicurativa per il caso di morte, a condizione che quest'ultima sia in vigore. Inoltre tale copertura potrà essere attivata esclusivamente alla decorrenza del contratto principale o alla ricorrenza annua del contratto principale.

Articolo 2

Definizione di infortunio

Ai fini della presente copertura, è considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'aderente. Sono considerati come infortuni anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'art. 4, lettera d) che segue;
- c) i morsi di animali, le punture e le ustioni di animali e vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termini delle presenti condizioni;
- d) l'affogamento;
- e) le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e le altre cure rese necessarie da infortunio;
- g) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- h) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni od atti violenti cui l'aderente non abbia preso parte.

Articolo 3

Importo del capitale assicurato

L'importo del capitale assicurato per infortunio è pari al capitale previsto dalla copertura per il caso di morte. Tale capitale non potrà essere superiore al massimale indicato nel modulo di adesione.

Il capitale suddetto verrà raddoppiato qualora il decesso si verifichi a seguito di un infortunio:

- derivante all'aderente mentre si trova alla guida di veicoli e natanti, ed in possesso di regolare abilitazione a norma di disposizioni vigenti;
- derivante all'aderente come passeggero, pedone, bagnante da qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto - terrestre, marittimo, lacustre, fluviale;
- derivante all'aderente in qualità di passeggero di aeromobile, purché egli non sia membro dell'equipaggio e l'aeromobile sia autorizzato al volo e il pilota sia titolare di brevetto idoneo.

Articolo 4

Cause di sospensione ed esclusione della copertura

La presente copertura è sospesa durante l'arruolamento volontario non sostitutivo del servizio di leva o in caso di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale. La copertura riprende non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

Sono in ogni caso esclusi dalla presente copertura:

- a) gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'aderente non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei; gli infortuni subiti dall'aderente come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio; gli infortuni subiti dall'aderente in qualità di passeggero di aeromobile non autorizzato al volo e con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- b) gli infortuni derivanti dall'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobslegh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti, salvo che si tratti di:
 - raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
 - altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore e gli sport esclusi dalla precedente lettera b);
 - regate veliche o raduni cicloturistici;
- d) gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose e dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da copertura di infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- e) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;
- f) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- g) gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Articolo 5

Pagamento del capitale assicurato

La Compagnia pagherà il capitale assicurato dalla presente copertura a condizione che l'infortunio le venga notificato mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, con la quale si indichi l'effettivo momento in cui gli aventi diritto sono venuti a conoscenza del decesso dell'aderente. La denuncia dovrà indicare il luogo, il giorno e l'ora, le cause, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio, nonché quanto altro disponibile a comprovare che la morte è conseguente ad infortunio. Gli aventi diritto dovranno consentire alla Compagnia lo svolgimento delle indagini e autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero necessarie.

Articolo 6

Richiamo alle norme comuni della sezione I e alle condizioni generali del contratto principale

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato negli articoli della presente sezione III si applicano le norme comuni della sezione I e, laddove applicabili, le condizioni generali di contratto.

SEZIONE IV

Condizioni di assicurazione della prestazione accessoria "malattie gravi"

(Operante solo se espressamente richiamata in polizza)

Articolo 1

Oggetto della copertura

La prestazione accessoria malattie gravi garantisce all'aderente il pagamento di un capitale qualora, durante il rapporto contrattuale e prima dell'estinzione della copertura, venga colpito da una delle malattie gravi indicate al successivo art.

2, a patto che a seguito della stessa malattia grave si sia instaurato uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%. Dopo la liquidazione del capitale la copertura si estingue. Quindi, in ogni caso, il capitale assicurato può essere corrisposto una sola volta.

Articolo 2

Condizioni di assicurazione della prestazione accessoria malattie gravi

(Operante solo se espressamente richiamata in polizza)

Definizione di malattia grave

Ai fini della presente prestazione accessoria sono considerate malattie gravi le seguenti patologie:

a) **Ictus.** Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca conseguenze neurologiche permanenti e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. La diagnosi deve essere confermata da uno specialista e trovare riscontro nei sintomi clinici tipici come i risultati di una TAC cerebrale (Tomografia Assiale Computerizzata) e di una MRT (Risonanza Magnetica Nucleare) cerebrale. Deve esservi prova documentata di deficit neurologico pari ad almeno 3 mesi a partire dalla data della diagnosi.

Sono esclusi:

- l'ischemia transitoria (TIA);
- le lesioni cerebrali traumatiche;
- i sintomi neurologici secondari conseguenti da emicrania;
- l'infarto lacunare senza deficit neurologico.

b) **Cancro.** Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllabile e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale. La diagnosi deve essere provata con esame istologico. Si intendono coperti anche la leucemia e le forme maligne del sistema linfatico come la malattia di Hoodgkin.

Dalla garanzia sono esclusi:

- la neoplasia intraepiteliale della cervice (CIN);
- qualsiasi cancro allo stadio pre-maligno;
- ogni cancro non invasivo (cancro in situ)
- il cancro alla prostata allo stadio 1 (T1a, 1b, 1c)
- il carcinoma basocellulare e il carcinoma a cellule squamose
- ogni tumore maligno in presenza HIV.

c) **Infarto miocardico.** Necrosi di una parte del muscolo cardiaco come conseguenza di un apporto insufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi dovrà essere confermata da una visita specialistica o la patologia dovrà essere valutata sulla base dei seguenti fattori che ai fini della liquidazione della prestazione assicurata dovranno essere tutti presenti:

- storia clinica del tipico dolore cardiaco;
- alterazioni elettrocardiografiche specifiche;
- alterazione degli enzimi cardiaci, Troponina o altri markers biochimici.

Sono esclusi dalla garanzia:

- infarto miocardio senza alivellamento del tratto ST (NSTEMI) con solo aumento della Troponina I o T;
- le altre sindromi coronariche acute (ad esempio l'angina pectoris sia stabile che instabile);
- l'infarto silente del miocardio.

d) **Patologia coronariche che richiede intervento chirurgico.** Intervento chirurgico a cuore aperto per correggere il restringimento o occlusione di due o più coronarie con innesti di bypass. La necessità dell' intervento deve essere provata mediante esame coronografico e la sua realizzazione confermata da uno specialista

Vengono invece escluse:

- l'angioplastica;
- tutte le procedure terapeutiche intra-arteriali;
- intervento mediante la tecnica del key-hole (chirurgia del buco della serratura).

e) **Insufficienza renale.** Malattia renale terminale che si presenta come perdita irreversibile della funzionalità di entrambi i reni, con l'assicurato sottoposto regolarmente a dialisi (peritoneale o emodialisi) o già sottoposto a trapianto renale. La diagnosi deve essere confermata da parte di uno specialista.

f) **Trapianto di organi principali.** L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, polmoni, fegato, pancreas, intestino tenue, rene o midollo osseo. La realizzazione del trapianto deve essere confermata da uno specialista.

g) **Cecità.** Perdita totale permanente ed irreversibile della vista di entrambi gli occhi come conseguenza di malattia o infortunio. La diagnosi deve essere confermata da uno specialista (preferibilmente da un oftalmologo) e provata dai risultati di specifici test.

h) **Sclerosi multipla.** Diagnosi inequivocabile di sclerosi multipla fatta da uno specialista (preferibilmente da un neurologo). La malattia deve essere evidenziata da sintomi tipici di demielizzazione e perdita di funzioni motorie e sensoriali con riscontro della diagnosi ottenuto a mezzo risonanza magnetica di immagini (MRI). Come prova della diagnosi, l'assicurato deve aver avuto o manifestazioni di anomalie neurologiche continue per un periodo di almeno sei mesi o manifestazione di almeno due episodi clinicamente documentati separati da almeno un mese o

manifestazione di almeno un episodio clinicamente documentato insieme a ritrovamenti caratteristici nel fluido cerebrospinale oltre a specifiche lesioni cerebrali (MRI).

Articolo 3

Importo del capitale assicurato

L'aderente, al momento della sottoscrizione del modulo di adesione, ha la facoltà di scegliere l'importo del capitale assicurato, per un importo non inferiore a euro 25.000. L'aderente può modificare il suddetto importo ad ogni ricorrenza annuale.

Articolo 4

Insorgenza della malattia

La malattia grave si considera insorta al momento in cui viene diagnosticata e quindi in particolare alla data indicata nella documentazione medica fornita al momento della denuncia.

Articolo 5

Periodo di qualificazione e decesso dell'aderente

Il capitale assicurato, nel caso in cui l'aderente venga colpito da una malattia grave ai sensi dell'art. 1 della presente copertura, verrà corrisposto se l'aderente sarà in vita al termine di un periodo di qualificazione di 1 mese. Il presente termine decorre dal momento in cui è insorta la malattia così come stabilito all'art. 4. Nel caso di decesso dell'aderente durante il periodo di qualificazione il capitale assicurato dalla presente copertura malattie gravi non verrà corrisposto. Trascorso il periodo di qualificazione, qualora l'aderente sia stato colpito da una malattia grave e nel caso si verifichi il decesso, la Compagnia corrisponderà ai beneficiari o agli aventi diritto il capitale assicurato dalla presente prestazione accessoria malattie gravi.

Articolo 6

Esclusioni

È escluso dalla presente prestazione accessoria la malattia grave che sia stata causata da:

- dolo dell'aderente ivi compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici;
- partecipazione attiva dell'aderente a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'aderente ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'aderente non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'aderente si trovasse già nel territorio di accadimento;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'aderente non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- incidente di volo, se l'aderente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare del brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- anomalie congenite, esiti di infortuni o malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipula del contratto;
- danni alla propria persona procurati dall'aderente stesso, tentato suicidio, volontario rifiuto di seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- abuso di alcool, droghe o altre sostanze tossiche;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate.
- attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione del modulo di adesione o successivamente.

Articolo 7

Carenza

Qualora una delle malattie gravi indicate al precedente art. 2 insorga nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza degli effetti della presente copertura e l'aderente non si sia sottoposto a visita medica, il capitale assicurato malattie gravi non verrà corrisposto. In tal caso Zurich Investments Life rimborserà un importo pari al premio prelevato per la prestazione accessoria malattie gravi e disattiverà la copertura stessa.

Articolo 8

Obblighi di denuncia in caso di insorgenza di malattia grave

Al verificarsi di una delle malattie gravi indicate al precedente art. 2, l'aderente o altra persona in sua vece debbono darne prontamente avviso alla Compagnia, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, allegando un certificato medico e la relativa documentazione sanitaria comprovante la diagnosi. (Vedi allegato A alle condizioni generali di contratto).

L'aderente o altra persona in sua vece devono:

Programma Pensione

Condizioni generali di contratto

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento della malattia grave;
- fornire ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenesse opportuno richiedere per l'accertamento;
- consentire alla Compagnia tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie.

Articolo 9

Accertamento dell'indennizzabilità della malattia e liquidazione delle prestazioni

La Compagnia provvederà a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità della malattia grave e renderà nota la propria decisione entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. La Compagnia, una volta accertata l'indennizzabilità della malattia insorta, provvederà a liquidare il capitale assicurato per la malattia grave entro i successivi 30 giorni.

Articolo 10

Decesso anteriore all'indennizzabilità della malattia

Il decesso dell'aderente che intervenga prima che la Compagnia abbia accertato l'indennizzabilità della malattia stessa e qualora sia dovuto alla malattia grave indicata nella denuncia equivale all'avvenuto riconoscimento dell'indennizzabilità della malattia grave sempre che sia trascorso il periodo di qualificazione di cui all'art. 5 della presente sezione. In tal caso la Compagnia corrisponderà ai beneficiari o agli aventi diritto il capitale assicurato dalla presente prestazione accessoria malattie gravi. Qualora il decesso dell'aderente sia intervenuto prima dell'accertamento dell'indennizzabilità e sia dovuto a causa diversa dalla malattia grave indicata nella denuncia, il capitale assicurato dalla presente copertura malattie gravi non verrà corrisposto.

Articolo 11

Richiamo alle norme comuni della sezione I e alle condizioni generali del contratto principale

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato negli articoli della presente sezione IV si applicano le norme comuni della sezione I e, laddove applicabili, le condizioni generali di contratto.

SEZIONE V

Condizioni di assicurazione della prestazione accessoria "invalidità totale e permanente da infortunio e malattia"

(Operante solo se espressamente richiamata in polizza)

Articolo 1

Oggetto della copertura

Qualora l'aderente venga colpito da invalidità totale e permanente durante il rapporto contrattuale e prima dell'estinzione della copertura, la Compagnia garantisce il pagamento all'aderente di un capitale.

Articolo 2

Definizione di invalidità

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata e purché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 65%. L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'aderente.

Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad infortunio si conviene di adottare la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/6/65 n. 1124.

Articolo 3

Importo del capitale assicurato

Al momento della sottoscrizione del modulo di adesione l'aderente può scegliere l'importo del capitale assicurato purché non inferiore a euro 25.000. Almeno un mese prima della ricorrenza annuale, l'aderente può chiedere l'aumento del capitale assicurato. In ogni caso l'accettazione della richiesta di aumento può essere subordinata ad accertamenti sanitari.

Articolo 4

Esclusioni

La presente prestazione accessoria non garantisce i casi di invalidità totale e permanente dell'aderente che siano conseguenti a:

- esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Compagnia con dolo o colpa grave;
- malattie preesistenti alla stipulazione del contratto;
- malattie mentali;
- malattie correlate al consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope e all'abuso di alcool;

Programma Pensione

Condizioni generali di contratto

- partecipazione attiva dell'aderente ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'aderente non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'aderente si trovasse già nel territorio di accadimento;
- infortuni derivanti dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'aderente non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei; gli infortuni subiti dall'aderente come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio; gli infortuni subiti dall'aderente in qualità di passeggero di aeromobile non autorizzato al volo e con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- infortuni derivanti dall'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione del modulo di adesione o successivamente.
- infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti, salvo che si tratti di:
 - raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
 - altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore e gli sport esclusi sopraelencati;
 - regate veliche o raduni cicloturistici;
- infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose e dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da copertura di infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti. Non sono assicurabili, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute rilevato dal questionario o dagli accertamenti sanitari, le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol-stupefacenti-farmaci), infezioni da HIV, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Articolo 5

Carenza

Qualora lo stato di invalidità totale e permanente causato da malattia, così come definito all'art. 2, insorga nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza degli effetti della copertura e l'aderente non si sia sottoposto a visita medica, il capitale assicurato non verrà corrisposto. In tal caso la Compagnia rimborserà un importo pari al premio prelevato per la copertura invalidità totale e permanente. Inoltre se lo stato di invalidità totale e permanente insorge entro i primi sette anni dalla data di decorrenza degli effetti della copertura ed è dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa correlata, il capitale assicurato non verrà corrisposto se l'aderente non si è sottoposto a test HIV.

Le limitazioni di cui ai punti precedenti non si applicano qualora lo stato di invalidità totale e permanente, così come definito all'art. 2, sia conseguenza di infortunio dovuto a causa fortuita, improvvisa e violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Articolo 6

Obblighi di denuncia in caso di insorgenza dello stato di invalidità

Nel caso in cui si verifichi lo stato di invalidità dell'aderente, l'aderente o altra persona in sua vece debbono darne prontamente avviso alla Compagnia, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, accludendo altresì un dettagliato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che hanno causato l'invalidità (vedi allegato A alle condizioni generali di contratto). L'aderente o altra persona in sua vece devono:

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

Articolo 7

Accertamento dello stato di invalidità e liquidazione delle prestazioni

La Compagnia provvederà a compiere gli accertamenti necessari per verificare lo stato di invalidità; quindi renderà nota all'aderente la propria decisione entro il termine massimo di 180 gg. dall'invio della lettera raccomandata da parte dell'aderente o altra persona in sua vece, impressa su timbro postale, salvo il maggior termine eventualmente necessario per stabilire la gravità dell'invalidità permanente stessa. La Compagnia, una volta accertato lo stato di invalidità dell'aderente, provvederà a corrispondere entro il termine massimo di 30 gg., se ed in quanto dovuto, il capitale assicurato.

In caso di decesso dell'aderente prima che la Compagnia abbia accertato l'indennizzabilità dell'invalidità, il capitale assicurato dalla presente copertura non verrà corrisposto.

Articolo 8

Controversie e collegio arbitrale

In caso di controversie sulla misura dell'indennizzabilità o relative al grado di invalidità permanente di cui all'art. 2, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere in merito ad un collegio di tre medici, di cui uno nominato dalla società, l'altro dall'aderente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il Collegio. Il collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'aderente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà del le 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. I risultati delle operazioni devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Articolo 9

Richiamo alle norme comuni della sezione I e alle condizioni generali del contratto principale

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato negli articoli della presente sezione V, si applicano le norme comuni della sezione I e, laddove applicabili, le condizioni generali di contratto.

SEZIONE VI

Condizioni della prestazione accessoria "long term care"

(Operante solo se espressamente richiamata in polizza)

Articolo 1

Oggetto della copertura

Con la presente copertura, la Compagnia garantisce il pagamento di una rendita annuale con rateazione mensile qualora, durante il rapporto contrattuale, venga accertato che l'aderente versi in uno stato di non autosufficienza dovuto a infortunio, malattie fisiche e/o mentali, a vecchiaia. In aggiunta alla rendita, e solo in occasione del primo accertamento dello stato di non autosufficienza, viene pagato un capitale pari all'importo della rendita annuale.

Articolo 2

Definizione di stato di non autosufficienza

Per stato di non autosufficienza si intende lo stato dell'aderente che risulti incapace di svolgere, in modo presumibilmente permanente, almeno quattro delle seguenti attività elementari della vita quotidiana:

- Lavarsi: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente in altro modo.
- Vestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici.
- Alimentarsi: capacità di ingerire, senza aiuto, il cibo preparato da altri.
- Andare in bagno: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente.
- Mobilità: capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano.
- Spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa.

L'incapacità ad effettuare una delle attività elementari della vita quotidiana si verifica quando l'aderente è incapace di effettuare quella funzione anche con l'aiuto di speciali apparecchiature e necessità della continua assistenza fisica da parte di una terza persona per lo svolgimento dell'intera attività. Si definisce altresì stato di non autosufficienza lo stato dell'aderente a cui è stata diagnosticata la malattia di Alzheimer o forme simili di demenza senile, che causano in modo irreversibile la perdita delle capacità cognitive. La perdita delle capacità cognitive è l'incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa incapacità deriva da un problema mentale o del sistema nervoso riconducibile ad una causa organica e si manifesta con l'incapacità di badare a se stessi, senza la supervisione continua da parte di un'altra persona.

Articolo 3

Importo della prestazione assicurata

Al momento della sottoscrizione della prestazione accessoria, l'aderente può scegliere l'importo della rendita annuale assicurata, che in ogni caso non potrà essere superiore al massimale indicato nel modulo di adesione. Sulla base dell'importo della rendita assicurata, verrà quindi calcolato il capitale da erogare in occasione del primo accertamento dello stato di non autosufficienza.

Articolo 4

Esclusioni

Le prestazioni garantite dalla polizza non saranno pagate in caso di:

- dolo dell'aderente;
- partecipazione attiva dell'aderente ad atti dolosi;
- partecipazione attiva dell'aderente ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'aderente non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'aderente si trovasse già nel territorio di accadimento;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi anteriormente alla stipulazione del contratto, se sottaciuti alla Compagnia e non evidenziati nel questionario anamnestico;
- tentativo di suicidio, lesioni o malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica, per esempio schizofrenia o depressione;
- infortuni derivanti dalla partecipazione a sport aerei o motoristici;
- infortuni derivanti dalla partecipazione a sport svolti a livello agonistico;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'aderente non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- incidente di volo, se l'aderente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare del brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione non è erogata se è comprovato che l'aderente di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione del modulo di adesione o successivamente.

Articolo 5

Carenza

La Compagnia non è tenuta ad alcuna prestazione nel caso in cui:

- a) per effetto della perdita delle capacità cognitive, lo stato di non autosufficienza sia insorto nei primi 12 mesi dalla data di decorrenza degli effetti della presente copertura;
- b) per effetto di tutti gli altri casi, lo stato di non autosufficienza sia insorto nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza degli effetti della presente copertura.

In tal caso la Compagnia rimborserà un importo pari al premio prelevato per la prestazione accessoria long term care e disattiverà la copertura stessa. In ogni caso, l'erogazione del capitale pari all'importo della rendita annua assicurata non è dovuta se lo stato di non autosufficienza insorge nei primi tre anni dalla data di decorrenza degli effetti della presente copertura.

Articolo 6

Obblighi di denuncia in caso di insorgenza dello stato di non autosufficienza

Nel caso in cui si determini la presunzione dello stato di non autosufficienza dell'aderente, l'aderente o altra persona in sua vece devono darne prontamente avviso alla Compagnia, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, allegando un certificato medico e la relativa documentazione sanitaria comprovante la diagnosi (vedi allegato A alle condizioni generali di contratto). L'aderente o altra persona in sua vece devono:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento dello stato di non autosufficienza;
- fornire ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenesse opportuno richiedere per l'accertamento;
- consentire alla Compagnia tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie.

Articolo 7

Accertamento dell'indennizzabilità dello stato di non autosufficienza e liquidazione delle prestazioni

La Compagnia provvede a richiedere o a disporre tutti gli accertamenti medico legali necessari per verificare l'esistenza e l'indennizzabilità dello stato di non autosufficienza, riservandosi inoltre di chiedere all'aderente, qualora ciò sia richiesto dalla situazione, ulteriori documenti sanitari necessari a comprovare la non autosufficienza. Il pagamento del capitale iniziale, pari all'importo della rendita annuale, avverrà solo dopo che sia stato accertato il diritto alla prestazione e trascorsi 90 giorni dalla data di ricezione della denuncia. Pagato il capitale, la rendita verrà erogata con rateazione mensile e in modo posticipato. In caso di decesso dell'aderente prima che la Compagnia abbia accertato l'indennizzabilità dello stato di non autosufficienza, la prestazione assicurata dalla presente copertura non verrà corrisposta.

Articolo 8

Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Compagnia si riserva di sottoporre, non più di una volta l'anno, l'aderente non autosufficiente alle visite e agli esami necessari ad accertare il perdurare di tale stato e a richiedere i documenti necessari ad accertare l'esistenza in vita dell'aderente stesso. Qualora, a seguito degli accertamenti medico legali, venga accertato il recupero dell'autosufficienza, la Compagnia comunicherà all'aderente la sospensione del pagamento della rendita. La liquidazione della rendita verrà ripresa qualora l'aderente diventi nuovamente non autosufficiente. Nel caso di ripresa dello stato di non autosufficienza, non verrà comunque erogata la prestazione sotto forma di capitale.

Articolo 9

Controversie e collegio arbitrale

In caso di controversie sullo stato di non autosufficienza di cui all'art. 2, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere in merito ad un collegio di tre medici, di cui uno nominato dalla società, l'altro dall'aderente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti o, in caso contrario, dal consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'aderente. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per 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. I risultati delle operazioni devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Articolo 10

Richiamo alle norme comuni della sezione I e alle condizioni generali del contratto principale

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato negli articoli della presente sezione VI, si applicano le norme comuni della sezione I e, laddove applicabili le condizioni generali del contratto.

Costo della prestazione accessoria "complementare caso morte"

Costo annuale della copertura per ogni € 1.000 di capitale assicurato, distinto per età e per lo stato di fumatore/non fumatore dell'aderente. Per età si intende l'età assicurativa al momento della decorrenza della prestazione.

Età	Fumatori	Non fumatori	Età
18	0,57	0,43	18
19	0,62	0,47	19
20	0,66	0,49	20
21	0,69	0,52	21
22	0,72	0,54	22
23	0,72	0,54	23
24	0,74	0,56	24
25	0,74	0,55	25
26	0,72	0,54	26
27	0,73	0,55	27
28	0,73	0,55	28
29	0,70	0,53	29
30	0,72	0,54	30
31	0,76	0,55	31
32	0,79	0,57	32
33	0,83	0,60	33
34	0,89	0,65	34
35	0,92	0,66	35
36	0,97	0,70	36
37	1,01	0,73	37
38	1,08	0,78	38
39	1,16	0,84	39
40	1,26	0,91	40
41	1,34	0,96	41
42	1,45	1,05	42
43	1,57	1,13	43
44	1,74	1,25	44
45	1,90	1,37	45
46	2,07	1,49	46
47	2,31	1,67	47
48	2,51	1,81	48
49	2,75	1,98	49
50	3,01	2,17	50
51	4,07	2,42	51
52	4,50	2,67	52
53	5,15	3,06	53
54	5,51	3,27	54
55	6,02	3,57	55
56	6,67	3,96	56
57	7,54	4,47	57
58	8,29	4,92	58
59	9,40	5,58	59
60	10,18	6,04	60
61	12,45	6,55	61
62	13,57	7,14	62
63	14,61	7,69	63
64	16,13	8,49	64
65	18,00	9,47	65
66	20,13	10,59	66
67	22,39	11,78	67
68	24,65	12,97	68
69	27,48	14,47	69
70	30,71	16,17	70
71	34,01	17,90	71
72	37,88	19,94	72
73	41,81	22,00	73
74	46,48	24,47	74
75	51,87	27,30	75

Costo della prestazione accessoria "infortuni caso morte"

Il costo della prestazione accessoria "infortuni caso morte" è determinato in base ad una percentuale fissa pari a **1,5 per mille** del capitale assicurato della prestazione accessoria "complementare caso morte". Tale costo è pertanto indipendente da età e sesso dell'aderente.

Costo della prestazione accessoria "malattie gravi"

Costo annuale della copertura per ogni € 1.000 di capitale assicurato, distinto per età dell'aderente. Per età si intende l'età assicurativa al momento della decorrenza della prestazione.

Età	Costo
18	0,46
19	0,52
20	0,58
21	0,64
22	0,70
23	0,74
24	0,80
25	0,85
26	0,90
27	0,98
28	1,08
29	1,20
30	1,32
31	1,46
32	1,60
33	1,75
34	1,91
35	2,09
36	2,28
37	2,49
38	2,72
39	2,96
40	3,23
41	3,51
42	3,81
43	4,16
44	4,54
45	4,98
46	5,47
47	6,04
48	6,65
49	7,33
50	8,06
51	8,92
52	9,95
53	11,09
54	12,37
55	13,79
56	15,34
57	17,02
58	18,82
59	20,75
60	22,80
61	24,95
62	27,17
63	29,43
64	31,71
65	34,01

Costo della prestazione accessoria "invalidità totale e permanente"

Costo annuale della copertura per ogni € 1.000 di capitale assicurato, distinto per età dell'aderente. Per età si intende l'età assicurativa al momento della decorrenza della prestazione

Età	Costo
18	0,37
19	0,37
20	0,37
21	0,37
22	0,37
23	0,37
24	0,37
25	0,37
26	0,37
27	0,37
28	0,37
29	0,37
30	0,37
31	0,37
32	0,37
33	0,37
34	0,37
35	0,40
36	0,43
37	0,47
38	0,52
39	0,57
40	0,63
41	0,68
42	0,72
43	0,79
44	0,84
45	0,91
46	0,99
47	1,07
48	1,16
49	1,25
50	1,36
51	1,48
52	1,60
53	1,73
54	1,88
55	2,12
56	2,43
57	2,79
58	3,20
59	3,67
60	4,17
61	4,75
62	5,43
63	6,17
64	7,03
65	7,95

Costo della prestazione accessoria "long term care"

Costo annuale della copertura long term care a premio annuo per ogni €1.000 di rendita assicurata, distinto per età dell'aderente. Costo della copertura long term care a premio unico per ogni € 1.000 di rendita assicurata, distinto per età dell'aderente. Per età si intende l'età assi curativa al momento della decorrenza della copertura.

Età	Premio annuo	Premio unico	Età
18	1,96		18
19	1,96		19
20	1,96		20
21	2,09		21
22	2,22		22
23	2,40		23
24	2,60		24
25	2,88		25
26	3,11		26
27	3,36		27
28	3,64		28
29	3,98		29
30	4,36		30
31	4,64		31
32	4,91		32
33	5,21		33
34	5,52		34
35	5,83		35
36	6,12		36
37	6,46		37
38	6,84		38
39	7,26		39
40	7,68		40
41	8,09		41
42	8,56		42
43	9,11		43
44	9,76		44
45	10,46		45
46	11,29		46
47	12,17		47
48	13,01		48
49	13,78		49
50	14,49		50
51	15,37		51
52	16,37		52
53	17,58		53
54	18,71		54
55	19,98	150,72	55
56	21,34	153,82	56
57	22,91	156,92	57
58	24,67	159,89	58
59	26,70	162,98	59
60	28,77	166,08	60
61	30,95	169,04	61
62	33,42	172,01	62
63	36,13	174,99	63
64	39,05	177,95	64
65	42,16	180,80	65
66	45,79	183,65	66
67	49,74	186,39	67
68	54,64	189,13	68
69	60,29	191,64	69
70	66,81	194,14	70
71	73,50	196,43	71
72	80,87	198,48	72
73	89,00	200,53	73
74	98,64	202,24	74
75	109,68	203,83	75

Esami sanitari

Necessari per l'attivazione della copertura complementare caso morte, malattie gravi, invalidità totale e permanente

Età assicurativa	Senza VM (capitale fino a euro)		VM (capitale fino a euro)		VM+C+ECG (capitale fino a euro)		VM+C+ECG+ES (capitale oltre euro)	
	Tariffa caso morte/ Invalidità totale e permanente	Garanzia malattie gravi	Tariffa caso morte/ Invalidità totale e permanente	Garanzia malattie gravi	Tariffa caso morte/ Invalidità totale e permanente	Garanzia malattie gravi	Tariffa caso morte/ Invalidità totale e permanente	Garanzia malattie gravi
Fino a 50 anni	300.000,00	100.000,00	400.000,00	150.000,00	600.000,00	150.000,00	600.000,00	150.000,00
Da 51 a 60 anni	200.000,00	50.000,00	300.000,00	100.000,00	400.000,00	150.000,00	400.000,00	150.000,00
Oltre 60 anni	0	0	200.000,00	0	300.000,00	0	300.000,00	0

Necessari per l'attivazione della copertura complementare long term care

Età assicurativa	Rendite annuali da assicurare in euro	Accertamenti sanitari
Fino a 50 anni	Oltre 24.000 fino a 30.000	VM + U
Da 51 a 60 anni	Oltre 18.000 fino a 30.000	VM + U
Da 61 a 64 anni	Oltre 12.000 fino a 30.000	VM + U + Ca
Da 65 a 75 anni*	Oltre 12.000 fino a 30.000	VM + U + Ca

* Nel caso dell'attivazione della copertura long-term care a vita intera. Per l'attivazione della copertura long term care è sempre necessaria la compilazione integrale del "Questionario sanitario dell'Assicurando".

Legenda

VM = rapporto di visita medica redatto da medico fiduciario della Compagnia (Procedura Blue Assistance - numero verde 800135135)

U = esame completo delle urine microscopico

Ca = certificato del medico di famiglia per Itc

C = Colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridemia, glicemia, creatininemia, HbsAg e HCV ed esame microscopico completo delle urine effettuato in laboratorio

ECG = Tracciato completo ECG a riposo

ES = ESAME COMPLETO DEL SANGUE = Azotemia, elettroforesi lipidica, elettroforesi proteica, prove di funzionalità epatica (AST/ALT, gamma G.T., bilirubinemia totale e frazionata, fosfatasi alcalinica), Tempo di protrombina, esame emocromocitometrico con formula e conta piastrinica, VES, PSA (per gli uomini).

Per tutti i capitali oltre i 600.000,00 euro viene richiesto obbligatoriamente il test ANTI-HIV.

Per i proponenti di età superiore a 70 anni la compagnia richiederà ulteriore documentazione sanitaria da stabilirsi a seconda del caso.

Documentazione finanziaria

Per tutti i capitali oltre 1.000.000,00 euro viene richiesto inoltre:

- il questionario finanziario FIN-1 completo della dichiarazione dei redditi dell'assicurato degli ultimi 3 anni;
- il questionario finanziario FIN-2 completo dei bilanci societari degli ultimi 3 anni IN AGGIUNTA AL FIN-1 (per le proposte che prevedono una persona Giuridica come Aderente) per Assicurazione "uomo chiave";
- questionario finanziario FIN-3 per Copertura prestito/credito.

Check-up express

Servizio di ricerca e prenotazione dei centri di specializzazione e diagnostici per l'effettuazione degli esami sanitari offerto in collaborazione con Blue Assistance S.p.A.

Per usufruire del servizio di ricerca e prenotazione dei centri specialistici e diagnostici basta chiamare il numero verde messo a disposizione da Blue Assistance:



Il servizio in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 (esclusi i giorni festivi infrasettimanali) prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti ed in accordo con le esigenze dell'assicurato, il centro diagnostico e/o la visita presso lo specialista esclusivamente per gli esami sanitari richiesti per la sottoscrizione della Polizza Vita. Tali centri fanno parte della "rete" Blue Assistance ed applicano tariffe convenzionate. L'Assicurato deve comunicare l'importo del capitale per cui intende assicurarsi. La centrale operativa provvederà a prenotare tutti gli esami sanitari previsti per tale importo specificati nell'elenco soprariportato.

I costi di tali accertamenti si intendono a carico dell'Assicurato.

Programma Pensione

Piano individuale pensionistico di tipo assicurativo - fondo pensione

Modalità di determinazione della rendita vitalizia immediata pagabile in rate posticipate finché l'Aderente è in vita

Il procedimento per il calcolo della rendita vitalizia, certa 5 e certa 10, è il seguente:

1. All'età a scadenza (età pensionabile) dell'Aderente deve essere aggiunto o sottratto un prefissato numero di anni, che dipende dall'anno di nascita dell'Aderente, come indicato nella seguente tabella:

Anno di nascita	correttivo età
Fino al 1907	+7
Dal 1908 al 1917	+6
Dal 1918 al 1921	+5
Dal 1922 al 1927	+4
Dal 1928 al 1938	+3
Dal 1939 al 1947	+2
Dal 1948 al 1957	+1
Dal 1958 al 1966	0
Dal 1967 al 1977	-1
Dal 1978 al 1989	-2
Dal 1990 al 2001	-3
Dal 2002 al 2014	-4
Dal 2015 al 2020	-5
Dal 2021 in poi	-6

2. Fissata l'età di riferimento occorre individuare nelle tabelle che seguono il coefficiente di conversione corrispondente alla rateazione della rendita.
3. La rendita annua, pagabile in base alla rateazione prescelta, si ottiene, infine, moltiplicando il capitale maturato a scadenza per il coefficiente di opzione individuato e dividendo il risultato per 1.000.

Tavola dei coefficienti di conversione del capitale costitutivo della rendita in rendita vitalizia rivalutabile.

Tavola demografica: A62I, indifferenziata per sesso

Tasso tecnico: 1,00%

Valori per € 1.000 di capitale maturato

Età di riferimento	Annuale	Semestrale	Trimestrale	Mensile	Età di riferimento
57	35,99	35,67	35,51	35,40	57
58	36,90	36,56	36,39	36,28	58
59	37,86	37,50	37,32	37,20	59
60	38,87	38,50	38,31	38,19	60
61	39,96	39,56	39,36	39,23	61
62	41,10	40,68	40,47	40,34	62
63	42,33	41,88	41,66	41,51	63
64	43,63	43,15	42,92	42,76	64
65	45,03	44,52	44,27	44,10	65
66	46,52	45,98	45,71	45,54	66
67	48,13	47,55	47,27	47,08	67
68	49,86	49,24	48,94	48,74	68
69	51,74	51,07	50,74	50,52	69
70	53,76	53,04	52,69	52,46	70
71	55,96	55,18	54,80	54,55	71
72	58,35	57,50	57,09	56,81	72
73	60,95	60,02	59,57	59,27	73
74	63,78	62,77	62,27	61,95	74
75	66,88	65,76	65,22	64,86	75

Tavola dei coefficienti di conversione del capitale costitutivo della rendita in rendita certa per i primi 5 anni, vitalizia rivalutabile.

Tavola demografica: A62I, indifferenziata per sesso

Tasso tecnico: 1,00%

Valori per € 1.000 di capitale maturato

Età di riferimento	Annuale	Semestrale	Trimestrale	Mensile	Età di riferimento
57	35,95	35,63	35,48	35,37	57
58	36,85	36,52	36,35	36,24	58
59	37,81	37,45	37,28	37,16	59
60	38,82	38,45	38,26	38,14	60
61	39,89	39,50	39,30	39,18	61
62	41,03	40,62	40,41	40,28	62
63	42,24	41,80	41,59	41,44	63
64	43,53	43,07	42,84	42,69	64
65	44,92	44,42	44,18	44,01	65
66	46,39	45,87	45,61	45,44	66
67	47,98	47,42	47,14	46,96	67
68	49,69	49,09	48,79	48,60	68
69	51,53	50,89	50,57	50,36	69
70	53,52	52,82	52,48	52,26	70
71	55,66	54,91	54,55	54,31	71
72	57,98	57,17	56,78	56,52	72
73	60,49	59,62	59,19	58,91	73
74	63,20	62,26	61,80	61,49	74
75	66,15	65,12	64,62	64,29	75

Tavola dei coefficienti di conversione del capitale costitutivo della rendita in rendita certa per i primi 10 anni, vitalizia rivalutabile.

Tavola demografica: A62I, indifferenziata per sesso

Tasso tecnico: 1,00%

Valori per € 1.000 di capitale maturato

Età di riferimento	Annuale	Semestrale	Trimestrale	Mensile	Età di riferimento
57	35,84	35,52	35,37	35,26	57
58	36,72	36,39	36,23	36,12	58
59	37,66	37,31	37,14	37,03	59
60	38,65	38,28	38,10	37,99	60
61	39,70	39,31	39,12	39,00	61
62	40,81	40,40	40,21	40,07	62
63	41,99	41,56	41,35	41,21	63
64	43,24	42,79	42,57	42,42	64
65	44,57	44,10	43,86	43,71	65
66	45,99	45,49	45,24	45,08	66
67	47,50	46,97	46,71	46,53	67
68	49,11	48,55	48,27	48,09	68
69	50,83	50,24	49,94	49,75	69
70	52,67	52,03	51,72	51,51	70
71	54,62	53,94	53,61	53,39	71
72	56,68	55,97	55,62	55,39	72
73	58,88	58,12	57,75	57,50	73
74	61,19	60,39	60,00	59,74	74
75	63,61	62,77	62,36	62,09	75

Regolamento del fondo ZLAP Pension Obiettivo Mix

1. Istituzione e denominazione del fondo

Zurich Investments Life S.p.A., di seguito l'Impresa, ha istituito e gestisce, secondo le modalità previste dal presente regolamento, un portafoglio di valori mobiliari denominato ZLAP Pension Obiettivo Mix, di seguito chiamato il fondo.

Detto fondo è costituito, ai sensi dell'articolo 2117 del codice civile, nella forma di patrimonio separato e autonomo da quello dell'Impresa e da quello di ogni altro fondo dalla medesima Impresa istituito e non è distraibile dal fine previdenziale al quale è destinato. Il fondo è esclusivamente dedicato alla gestione delle risorse pertinenti la fase di accumulo delle contribuzioni derivanti dalle adesioni ai Piani Individuali Pensionistici di tipo assicurativo - Fondo Pensione istituiti dall'Impresa. Il portafoglio del fondo è costituito dal totale delle attività conferite al netto di eventuali passività e rappresenta, con la massima approssimazione possibile, gli impegni dell'Impresa, espressi in quote, nei confronti degli assicurati. L'immissione di quote viene effettuata dall'Impresa in base ai premi versati dai contraenti, al netto dei costi riportati nella nota informativa dei prodotti assicurativi di tipo unit-linked le cui prestazioni sono collegate al valore delle quote del fondo. Analogamente il prelievo di quote viene effettuato in misura corrispondente alle liquidazioni richieste all'Impresa. L'immissione e il prelievo di quote avvengono mediante accredito/addebito ai fondi del loro controvalore in euro, alle condizioni e alle date previste dalle condizioni di assicurazione.

Il fondo è di tipo ad accumulazione. L'incremento di valore delle quote del fondo va ad accrescere il patrimonio del fondo stesso e non è pertanto distribuito.

Il fondo potrà essere fuso con altri fondi istituiti e gestiti dall'Impresa che abbiano caratteristiche simili, analoghi criteri di gestione e medesime finalità previdenziali. L'Impresa procede alla fusione tra fondi soltanto per motivi particolari, tra i quali aumentare l'efficienza dei servizi offerti, rispondere a mutate esigenze organizzative, ridurre eventuali effetti negativi sui contraenti dovuti a una eccessiva riduzione del patrimonio del fondo. L'eventuale fusione sarà in ogni caso realizzata in modo tale che il passaggio tra il vecchio e il nuovo fondo avvenga senza oneri e spese per i contraenti e senza soluzione di continuità nella gestione dei fondi interessati. L'Impresa si impegna a informare i contraenti, qualora gli aspetti connessi alla fusione abbiano rilievo per i contraenti stessi.

2. Obiettivo e caratteristiche del fondo

Obiettivo del fondo è quello di perseguire un graduale incremento del capitale nel medio periodo mediante investimenti orientati prevalentemente al comparto obbligazionario e monetario.

A tal fine, gli attivi del fondo, al netto della liquidità detenuta temporaneamente nel conto corrente bancario, sono investiti:

- da 0% a un massimo di 25% del controvalore in azioni e in OICR a indirizzo prevalentemente azionario;
- da un minimo di 75% a un massimo di 100% del controvalore in obbligazioni, titoli di Stato e in OICR a indirizzo prevalentemente obbligazionario e/o monetario.

L'Impresa ha stipulato accordi di riconoscimento di utilità (c.d. "rebates") con Deutsche Asset Management, secondo i quali il 50% della commissione di gestione applicata sul patrimonio degli OICR in cui il fondo interno investe è riconosciuta all'Impresa. Al fine di gestire il possibile conflitto di interesse, l'Impresa retrocede al contraente i "rebates" in forma indiretta, attribuendo le utilità percepite sugli OICR sottostanti il fondo interno al patrimonio del fondo stesso, con conseguente incremento del valore unitario della quota. La quantificazione delle utilità ricevute e indirettamente retrocesse al contraente verrà indicata nel rendiconto annuale di gestione dei singoli fondi interni, pubblicato sul sito www.zurich.it. Il fondo può investire in tutte le aree geografiche. Gli OICR facenti parte degli attivi del fondo sono denominati in euro e investono in titoli azionari, obbligazionari, strumenti monetari e, in maniera residuale, in OICR e altri strumenti finanziari, con esposizione in tutte le aree geografiche e con divisa anche diversa dall'euro. Resta comunque ferma la facoltà per l'Impresa di detenere una parte del patrimonio del fondo in disponibilità liquide, necessarie per i disinvestimenti e per gli investimenti. L'Impresa può altresì investire parte degli attivi del fondo in strumenti finanziari derivati, al fine di ottimizzare gli obiettivi di investimento.

Inoltre, l'Impresa può, nell'esercizio dell'attività di gestione, assumere prestiti tramite strumenti monetari, entro il limite massimo del 3% delle attività del fondo, allo scopo di far fronte a sfasamenti temporanei nella gestione della tesoreria, conseguenti a esigenze di investimento o disinvestimento delle attività del fondo stesso. Al fondo è associato un parametro oggettivo di riferimento, il cosiddetto benchmark.

Il benchmark è un indicatore che viene preso come riferimento per la valutazione dei risultati del fondo prescelto, e consente quindi una maggiore trasparenza tra l'Impresa e il contraente in merito all'andamento del fondo. L'Impresa, nella scelta degli investimenti, non si propone di replicare la composizione del benchmark, ma selezionerà gli strumenti finanziari sulla base delle proprie valutazioni, con l'obiettivo di conseguire nel tempo risultati congrui allo stesso. L'individuazione di tale benchmark non costituisce inoltre un indicatore di risultati attesi. Il benchmark scelto dall'Impresa per il fondo ZLAP Pension Obiettivo Mix ha la seguente composizione: 90% Merrill Lynch libor Euro a 3 mesi; 10% DJEurostoxx generale. Nel rendiconto annuale del fondo è riportato il confronto tra la variazione del valore della quota del fondo e l'andamento del benchmark su base annuale. Nell'ottica di una più efficiente gestione amministrativa e al fine di ridurre il rischio operativo, l'Impresa ha la facoltà di conferire deleghe gestionali a soggetti autorizzati alla gestione di patrimoni, ma sempre nel rispetto dei criteri di investimento stabiliti dal presente regolamento. In tal caso l'Impresa è direttamente responsabile nei confronti dei contraenti per l'attività di gestione del fondo. Il profilo di rischio del fondo è medio-basso.

3. Valutazione del patrimonio del fondo e calcolo del valore della quota

Il valore unitario delle quote del fondo è calcolato giornalmente, tranne nei giorni di chiusura delle Borse Valori Nazionali e in quelli di festività nazionali italiane, dividendo il valore complessivo del patrimonio del fondo, al netto di eventuali oneri, per il numero delle quote partecipanti al fondo al momento della valorizzazione. Il patrimonio netto giornaliero del fondo è calcolato in base al valore corrente di mercato di tutte le attività di pertinenza del fondo, al netto di tutte le passività, comprese le spese a carico del fondo. Per gli OICR si utilizza l'ultimo valore disponibile nel giorno di valorizzazione delle quote del fondo. Per le azioni e le obbligazioni si utilizza il loro valore di mercato riferito al giorno della valorizzazione delle quote del fondo. L'Impresa sospende il calcolo e/o la pubblicazione del valore unitario delle quote del fondo in situazioni determinate da causa di forza maggiore che non ne consentano la regolare determinazione e/o pubblicazione.

Al cessare di tali situazioni l'Impresa determinerà il valore delle quote e provvederà alla sua divulgazione sul quotidiano di seguito indicato. Analogamente verranno pubblicati i valori delle quote del fondo di cui sia stata sospesa la sola pubblicazione. Il valore unitario delle quote è pubblicato quotidianamente su "Il Sole 24 Ore" e sul sito internet www.zurich.it. Il valore pubblicato è al netto di qualsiasi onere a carico del fondo e al lordo dei prelievi fiscali gravanti sulle prestazioni di polizza. Gli eventuali crediti di imposta maturati non sono riconosciuti al fondo.

4. Spese

Spese direttamente a carico del fondo

- Commissione di gestione pari a 1,60%, di cui 0,60% destinati alla copertura delle spese di amministrazione del contratto e 1% destinati alla copertura del servizio di asset allocation. Tale commissione è calcolata su base annua ed è applicata giornalmente sul patrimonio netto del fondo;
- eventuali imposte e tasse;
- eventuali spese legali e giudiziarie sostenute nell'esclusivo interesse degli aderenti;
- gli oneri di negoziazione derivanti dall'attività di impiego delle risorse;
- il "contributo di vigilanza" dovuto alla COVIP ai sensi di legge;
- la quota di pertinenza delle spese relative alla remunerazione e allo svolgimento dell'incarico di Responsabile del piano individuale pensionistico di tipo assicurativo – fondo pensione.

Spese a carico dell'Impresa

- Eventuali commissioni di gestione ed eventuali commissioni di overperformance gravanti sugli OICR in cui è investito il patrimonio del fondo;
- eventuali spese di amministrazione e custodia delle attività del fondo;
- spese di pubblicazione del valore delle quote;
- spese di verifica e di revisione dei fondi;
- spese bancarie;
- spese di amministrazione;
- spese di commercializzazione;
- eventuali oneri connessi a deleghe gestionali;
- tutti gli altri oneri non esplicitamente indicati come a carico dei fondi.

5. Modifiche del regolamento

Il presente regolamento potrà essere modificato allo scopo di adeguamento alla normativa vigente. Potrà inoltre essere modificato nel caso di variazione significativa delle politiche di investimento, a condizione che il mutamento stesso non sia sfavorevole ai contraenti. L'Impresa si impegna a comunicare tempestivamente ai contraenti le modifiche eventualmente apportate. Inoltre, in caso di variazioni sensibili delle condizioni di mercato, l'Impresa si riserva la facoltà di modificare la commissione di gestione di cui al precedente articolo 4.

Spese, previa comunicazione scritta all'aderente, il quale può trasferire la posizione individuale maturata ad altra forma pensionistica complementare, anche prima che siano decorsi due anni dall'iscrizione.

6. Revisione contabile

La gestione del fondo è annualmente sottoposta a verifica contabile da parte di una società di revisione iscritta all'albo di cui all'art. 161 del D.Lgs 24 febbraio 1998 n. 58, che accerta la rispondenza della gestione degli attivi con i criteri di investimento stabiliti dal presente regolamento, la rispondenza delle informazioni contenute nel rendiconto alle risultanze delle registrazioni contabili, la corretta valutazione dell'attività del fondo, nonché la corretta determinazione e valorizzazione delle quote del fondo alla fine di ogni esercizio.

Regolamento del fondo ZLAP Pension Bilanciato Euro

1. Istituzione e denominazione del fondo

Zurich Investments Life S.p.A., di seguito l'Impresa, ha istituito e gestisce, secondo le modalità previste dal presente regolamento, un portafoglio di valori mobiliari denominato ZLAP Pension Bilanciato Euro, di seguito chiamato il fondo. Detto fondo è costituito, ai sensi dell'articolo 2117 del codice civile, nella forma di patrimonio separato e autonomo da quello dell'Impresa e da quello di ogni altro fondo dalla medesima Impresa istituito e non è distraibile dal fine previdenziale al quale è destinato. Il fondo è esclusivamente dedicato alla gestione delle risorse pertinenti la fase di accumulo delle contribuzioni derivanti dalle adesioni ai Piani Individuali Pensionistici di tipo assicurativo - Fondo Pensione istituiti dall'Impresa. Il portafoglio del fondo è costituito dal totale delle attività conferite al netto di eventuali passività e rappresenta, con la massima approssimazione possibile, gli impegni dell'Impresa, espressi in quote, nei confronti degli assicurati.

L'immissione di quote viene effettuata dall'Impresa in base ai premi versati dai contraenti, al netto dei costi riportati nella nota informativa dei prodotti assicurativi di tipo unit-linked le cui prestazioni sono collegate al valore delle quote del fondo.

Analogamente il prelievo di quote viene effettuato in misura corrispondente alle liquidazioni richieste all'Impresa.

L'immissione e il prelievo di quote avvengono mediante accredito/addebito ai fondi del loro controvalore in euro, alle condizioni e alle date previste dalle condizioni di assicurazione.

Il fondo è di tipo ad accumulazione. L'incremento di valore delle quote del fondo va ad accrescere il patrimonio del fondo stesso e non è pertanto distribuito.

Il fondo potrà essere fuso con altri fondi istituiti e gestiti dall'Impresa che abbiano caratteristiche simili, analoghi criteri di gestione e medesime finalità previdenziali. L'Impresa procede alla fusione tra fondi soltanto per motivi particolari, tra i quali aumentare l'efficienza dei servizi offerti, rispondere a mutate esigenze organizzative, ridurre eventuali effetti negativi sui contraenti dovuti a una eccessiva riduzione del patrimonio del fondo. L'eventuale fusione sarà in ogni caso realizzata in modo tale che il passaggio tra il vecchio e il nuovo fondo avvenga senza oneri e spese per i contraenti e senza soluzione di continuità nella gestione dei fondi interessati. L'Impresa si impegna a informare i contraenti, qualora gli aspetti connessi alla fusione abbiano rilievo per i contraenti stessi.

2. Obiettivo e caratteristiche del fondo

Obiettivo del fondo è quello di perseguire l'incremento del capitale investito nel medio-lungo periodo mediante investimenti orientati al comparto obbligazionario/monetario e al comparto azionario. A tal fine, gli attivi del fondo, al netto della liquidità detenuta temporaneamente nel conto corrente bancario, sono investiti:

- da un minimo di 40% a un massimo di 80% del controvalore in azioni e in OICR a indirizzo prevalentemente azionario;
- da un minimo di 20% a un massimo di 60% del controvalore in obbligazioni, titoli di Stato e in OICR a indirizzo prevalentemente obbligazionario e/o monetario.

L'Impresa ha stipulato accordi di riconoscimento di utilità (c.d. "rebates") con Deutsche Asset Management, secondo i quali il 50% della commissione di gestione applicata sul patrimonio degli OICR in cui il fondo interno investe è riconosciuta all'Impresa. Al fine di gestire il possibile conflitto di interesse, l'Impresa retrocede al contraente i "rebates" in forma indiretta, attribuendo le utilità percepite sugli OICR sottostanti il fondo interno al patrimonio del fondo stesso, con conseguente incremento del valore unitario della quota. La quantificazione delle utilità ricevute e indirettamente retrocesse al contraente verrà indicata nel rendiconto annuale di gestione dei singoli fondi interni, pubblicato sul sito www.zurich.it. Il fondo può investire in tutte le aree geografiche. Gli OICR facenti parte degli attivi del fondo sono denominati in euro e investono in titoli azionari, obbligazionari, strumenti monetari e, in maniera residuale, in OICR e altri strumenti finanziari, con esposizione in tutte le aree geografiche e con divisa anche diversa dall'euro. Resta comunque ferma la facoltà per l'Impresa di detenere una parte del patrimonio del fondo in disponibilità liquide, necessarie per i disinvestimenti e per gli investimenti. L'Impresa può altresì investire parte degli attivi del fondo in strumenti finanziari derivati, al fine di ottimizzare gli obiettivi di investimento.

Inoltre, l'Impresa può, nell'esercizio dell'attività di gestione, assumere prestiti tramite strumenti monetari, entro il limite massimo del 3% delle attività del fondo, allo scopo di far fronte a sfasamenti temporanei nella gestione della tesoreria, conseguenti a esigenze di investimento o disinvestimento delle attività del fondo stesso. Al fondo è associato un parametro oggettivo di riferimento, il cosiddetto benchmark.

Il benchmark è un indicatore che viene preso come riferimento per la valutazione dei risultati del fondo prescelto, e consente quindi una maggiore trasparenza tra l'Impresa e il contraente in merito all'andamento del fondo. L'Impresa, nella scelta degli investimenti, non si propone di replicare la composizione del benchmark, ma selezionerà gli strumenti finanziari sulla base delle proprie valutazioni, con l'obiettivo di conseguire nel tempo risultati congrui allo stesso. L'individuazione di tale benchmark non costituisce inoltre un indicatore di risultati attesi. Il benchmark scelto dall'Impresa per il fondo ZLAP Pension Bilanciato Euro ha la seguente composizione: 60% DJ Eurostoxx generale; 30% JPM EMU; 10% Merrill Lynch libor Euro a 3 mesi. Nel rendiconto annuale del fondo è riportato il confronto tra la variazione del valore della quota del fondo e l'andamento del benchmark su base annuale.

Nell'ottica di una più efficiente gestione amministrativa e al fine di ridurre il rischio operativo, l'Impresa ha la facoltà di conferire deleghe gestionali a soggetti autorizzati alla gestione di patrimoni, ma sempre nel rispetto dei criteri di investimento stabiliti dal presente regolamento. In tal caso l'Impresa è direttamente responsabile nei confronti dei contraenti per l'attività di gestione del fondo. Il profilo di rischio del fondo è medio.

3. Valutazione del patrimonio del fondo e calcolo del valore della quota

Il valore unitario delle quote del fondo è calcolato giornalmente, tranne nei giorni di chiusura del le Borse Valori Nazionali e in quelli di festività nazionali italiane, dividendo il valore complessivo del patrimonio del fondo, al netto di eventuali oneri, per il numero delle quote partecipanti al fondo al momento della valorizzazione. Il patrimonio netto giornaliero del fondo è calcolato in base al valore corrente di mercato di tutte le attività di pertinenza del fondo, al netto di tutte le passività, comprese le spese a carico del fondo. Per gli OICR si utilizza l'ultimo valore disponibile nel giorno di valorizzazione delle quote del fondo. Per le azioni e le obbligazioni si utilizza il loro valore di mercato riferito al giorno della valorizzazione delle quote del fondo. L'Impresa sospende il calcolo e/o la pubblicazione del valore unitario delle quote del fondo in situazioni determinate da causa di forza maggiore che non ne consentano la regolare determinazione e/o pubblicazione.

Al cessare di tali situazioni l'Impresa determinerà il valore delle quote e provvederà alla sua divulgazione sul quotidiano di seguito indicato. Analogamente verranno pubblicati i valori del le quote del fondo di cui sia stata sospesa la sola pubblicazione. Il valore unitario delle quote è pubblicato quotidianamente su "Il Sole 24 Ore" e sul sito internet www.zurich.it. Il valore pubblicato è al netto di qualsiasi onere a carico del fondo e al lordo dei prelievi fiscali gravanti sulle prestazioni di polizza. Gli eventuali crediti di imposta maturati non sono riconosciuti al fondo.

4. Spese

Spese direttamente a carico del fondo

- Commissione di gestione pari a 1,80%, di cui 0,60% destinati alla copertura delle spese di amministrazione del contratto e 1,20% destinati alla copertura del servizio di asset allocation. Tale commissione è calcolata su base annua ed è applicata giornalmente sul patrimonio netto del fondo;
- eventuali imposte e tasse;
- eventuali spese legali e giudiziarie sostenute nell'esclusivo interesse degli aderenti;
- gli oneri di negoziazione derivanti dall'attività di impiego delle risorse;
- il "contributo di vigilanza" dovuto alla COVIP ai sensi di legge;
- la quota di pertinenza delle spese relative alla remunerazione e allo svolgimento dell'incarico di Responsabile del piano individuale pensionistico di tipo assicurativo – fondo pensione.

Spese a carico dell'Impresa

- Eventuali commissioni di gestione ed eventuali commissioni di overperformance gravanti sugli OICR in cui è investito il patrimonio del fondo;
- eventuali spese di amministrazione e custodia delle attività del fondo;
- spese di pubblicazione del valore delle quote;
- spese di verifica e di revisione dei fondi;
- spese bancarie;
- spese di amministrazione;
- spese di commercializzazione;
- eventuali oneri connessi a deleghe gestionali;
- tutti gli altri oneri non esplicitamente indicati come a carico dei fondi.

5. Modifiche del regolamento

Il presente regolamento potrà essere modificato allo scopo di adeguamento alla normativa vigente. Potrà inoltre essere modificato nel caso di variazione significativa delle politiche di investimento, a condizione che il mutamento stesso non sia sfavorevole ai contraenti. L'Impresa si impegna a comunicare tempestivamente ai contraenti le modifiche eventualmente apportate. Inoltre, in caso di variazioni sensibili delle condizioni di mercato, l'Impresa si riserva la facoltà di modificare la commissione di gestione di cui al precedente articolo 4. Spese, previa comunicazione scritta all'aderente, il quale può trasferire la posizione individuale maturata ad altra forma pensionistica complementare, anche prima che siano decorsi due anni dall'iscrizione.

6. Revisione contabile

La gestione del fondo è annualmente sottoposta a verifica contabile da parte di una società di revisione iscritta all'albo di cui all'art. 161 del D.Lgs 24 febbraio 1998 n. 58, che accerta la rispondenza della gestione degli attivi con i criteri di investimento stabiliti dal presente regolamento, la rispondenza delle informazioni contenute nel rendiconto alle risultanze delle registrazioni contabili, la corretta valutazione dell'attività del fondo, nonché la corretta determinazione e valorizzazione delle quote del fondo alla fine di ogni esercizio.

Regolamento del fondo ZLAP Pension Azione Globale

1. Istituzione e denominazione del fondo

Zurich Investments Life S.p.A., di seguito l'Impresa, ha istituito e gestisce, secondo le modalità previste dal presente regolamento, un portafoglio di valori mobiliari denominato ZLAP Pension Azione Globale, di seguito chiamato il fondo. Detto fondo è costituito, ai sensi dell'articolo 2117 del codice civile, nella forma di patrimonio separato e autonomo da quello dell'Impresa e da quello di ogni altro fondo dalla medesima Impresa istituito e non è distraibile dal fine previdenziale al quale è destinato. Il fondo è esclusivamente dedicato alla gestione delle risorse pertinenti la fase di accumulo delle contribuzioni derivanti dalle adesioni ai Piani Individuali Pensionistici di tipo assicurativo - Fondo Pensione istituiti dall'Impresa. Il portafoglio del fondo è costituito dal totale delle attività conferite al netto di eventuali passività e rappresenta, con la massima approssimazione possibile, gli impegni dell'Impresa, espressi in quote, nei confronti degli assicurati. L'immissione di quote viene effettuata dall'Impresa in base ai premi versati dai contraenti, al netto dei costi riportati nella nota informativa dei prodotti assicurativi di tipo unit-linked le cui prestazioni sono collegate al valore delle quote del fondo. Analogamente il prelievo di quote viene effettuato in misura corrispondente alle liquidazioni richieste all'Impresa. L'immissione e il prelievo di quote avvengono mediante accredito/addebito ai fondi del loro controvalore in euro, alle condizioni e alle date previste dalle condizioni di assicurazione.

Il fondo è di tipo ad accumulazione. L'incremento di valore delle quote del fondo va ad accrescere il patrimonio del fondo stesso e non è pertanto distribuito.

Il fondo potrà essere fuso con altri fondi istituiti e gestiti dall'Impresa che abbiano caratteristiche simili, analoghi criteri di gestione e medesime finalità previdenziali. L'Impresa procede alla fusione tra fondi soltanto per motivi particolari, tra i quali aumentare l'efficienza dei servizi offerti, rispondere a mutate esigenze organizzative, ridurre eventuali effetti negativi sui contraenti dovuti a una eccessiva riduzione del patrimonio del fondo. L'eventuale fusione sarà in ogni caso realizzata in modo tale che il passaggio tra il vecchio e il nuovo fondo avvenga senza oneri e spese per i contraenti e senza soluzione di continuità nella gestione dei fondi interessati. L'Impresa si impegna a informare i contraenti, qualora gli aspetti connessi alla fusione abbiano rilievo per i contraenti stessi.

2. Obiettivo e caratteristiche del fondo

Obiettivo del fondo è quello di perseguire una crescita del capitale nel lungo periodo, mediante una prevalente concentrazione degli investimenti nel comparto azionario, con la possibilità di elevata variabilità dei risultati nel corso del tempo. A tal fine, gli attivi del fondo, al netto della liquidità detenuta temporaneamente nel conto corrente bancario, sono investiti:

- da un minimo di 70% a un massimo di 100% del controvalore in azioni e in OICR a indirizzo prevalentemente azionario;
- da un minimo di 0% a un massimo di 30% del controvalore in obbligazioni, titoli di Stato e in OICR a indirizzo prevalentemente obbligazionario e/o monetario.

L'Impresa ha stipulato accordi di riconoscimento di utilità (c.d. "rebates") con Deutsche Asset Management, secondo i quali il 50% della commissione di gestione applicata sul patrimonio degli OICR in cui il fondo interno investe è riconosciuta all'Impresa. Al fine di gestire il possibile conflitto di interesse, l'Impresa retrocede al contraente i "rebates" in forma indiretta, attribuendo le utilità percepite sugli OICR sottostanti il fondo interno al patrimonio del fondo stesso, con conseguente incremento del valore unitario della quota. La quantificazione delle utilità ricevute e indirettamente retrocesse al contraente verrà indicata nel rendiconto annuale di gestione dei singoli fondi interni, pubblicato sul sito www.zurich.it. Il fondo può investire in tutte le aree geografiche. Gli OICR facenti parte degli attivi del fondo sono denominati in euro e investono in titoli azionari, obbligazionari, strumenti monetari e, in maniera residuale, in OICR e altri strumenti finanziari, con esposizione in tutte le aree geografiche e con divisa anche diversa dall'euro. Resta comunque ferma la facoltà per l'Impresa di detenere una parte del patrimonio del fondo in disponibilità liquide, necessarie per i disinvestimenti e per gli investimenti. L'Impresa può altresì investire parte degli attivi del fondo in strumenti finanziari derivati, al fine di ottimizzare gli obiettivi di investimento. Inoltre, l'Impresa può, nell'esercizio dell'attività di gestione, assumere prestiti tramite strumenti monetari, entro il limite massimo del 3% delle attività del fondo, allo scopo di far fronte a sfasamenti temporanei nella gestione della tesoreria, conseguenti a esigenze di investimento o disinvestimento delle attività del fondo stesso. Al fondo è associato un parametro oggettivo di riferimento, il cosiddetto benchmark. Il benchmark è un indicatore che viene preso come riferimento per la valutazione dei risultati del fondo prescelto, e consente quindi una maggiore trasparenza tra l'Impresa e il contraente in merito all'andamento del fondo. L'Impresa, nella scelta degli investimenti, non si propone di replicare la composizione del benchmark, ma selezionerà gli strumenti finanziari sulla base delle proprie valutazioni, con l'obiettivo di conseguire nel tempo risultati congrui allo stesso. L'individuazione di tale benchmark non costituisce inoltre un indicatore di risultati attesi. Il benchmark scelto dall'Impresa per il fondo ZLAP Pension Azione Globale ha la seguente composizione: 90% MSCI World Euro; 10% Merrill Lynch libor Euro a 3 mesi. Nel rendiconto annuale del fondo è riportato il confronto tra la variazione del valore della quota del fondo e l'andamento del benchmark su base annuale. Nell'ottica di una più efficiente gestione amministrativa e al fine di ridurre il rischio operativo, l'Impresa ha la facoltà di conferire deleghe gestionali a soggetti autorizzati alla gestione di patrimoni, ma sempre nel rispetto dei criteri di investimento stabiliti dal presente regolamento. In tal caso l'Impresa è direttamente responsabile nei confronti dei contraenti per l'attività di gestione del fondo. Il profilo di rischio del fondo è medio-alto.

3. Valutazione del patrimonio del fondo e calcolo del valore della quota

Il valore unitario delle quote del fondo è calcolato giornalmente, tranne nei giorni di chiusura delle Borse Valori Nazionali e in quelli di festività nazionali italiane, dividendo il valore complessivo del patrimonio del fondo, al netto di eventuali oneri, per il numero delle quote partecipanti al fondo al momento della valorizzazione. Il patrimonio netto giornaliero del fondo è calcolato in base al valore corrente di mercato di tutte le attività di pertinenza del fondo, al netto di tutte le passività, comprese le spese a carico del fondo. Per gli OICR si utilizza l'ultimo valore disponibile nel giorno di valorizzazione delle quote del fondo. Per le azioni e le obbligazioni si utilizza il loro valore di mercato riferito al giorno della valorizzazione delle quote del fondo. L'Impresa sospende il calcolo e/o la pubblicazione del valore unitario delle quote del fondo in situazioni determinate da causa di forza maggiore che non ne consentano la regolare determinazione e/o pubblicazione. Al cessare di tali situazioni l'Impresa determinerà il valore delle quote e provvederà alla sua divulgazione sul quotidiano di seguito indicato. Analogamente verranno pubblicati i valori delle quote del fondo di cui sia stata sospesa la sola pubblicazione. Il valore unitario delle quote è pubblicato quotidianamente su "Il Sole 24 Ore" e sul sito internet www.zurich.it. Il valore pubblicato è al netto di qualsiasi onere a carico del fondo e al lordo dei prelievi fiscali gravanti sulle prestazioni di polizza. Gli eventuali crediti di imposta maturati non sono riconosciuti al fondo.

4. Spese

Spese direttamente a carico del fondo

- Commissione di gestione pari a 2,125%, di cui 0,60% destinati alla copertura delle spese di amministrazione del contratto e 1,525% destinati alla copertura del servizio di asset allocation. Tale commissione è calcolata su base annua ed è applicata giornalmente sul patrimonio netto del fondo;
- eventuali imposte e tasse;
- eventuali spese legali e giudiziarie sostenute nell'esclusivo interesse degli aderenti;
- gli oneri di negoziazione derivanti dall'attività di impiego delle risorse;
- il "contributo di vigilanza" dovuto alla COVIP ai sensi di legge;
- la quota di pertinenza delle spese relative alla remunerazione e allo svolgimento dell'incarico di Responsabile del piano individuale pensionistico di tipo assicurativo – fondo pensione.

Spese a carico dell'Impresa

- Eventuali commissioni di gestione ed eventuali commissioni di overperformance gravanti sugli OICR in cui è investito il patrimonio del fondo;
- eventuali spese di amministrazione e custodia delle attività del fondo;
- spese di pubblicazione del valore delle quote;
- spese di verifica e di revisione dei fondi;
- spese bancarie;
- spese di amministrazione;
- spese di commercializzazione;
- eventuali oneri connessi a deleghe gestionali;
- tutti gli altri oneri non esplicitamente indicati come a carico dei fondi.

5. Modifiche del regolamento

Il presente regolamento potrà essere modificato allo scopo di adeguamento alla normativa vigente. Potrà inoltre essere modificato nel caso di variazione significativa delle politiche di investimento, a condizione che il mutamento stesso non sia sfavorevole ai contraenti.

L'Impresa si impegna a comunicare tempestivamente ai contraenti le modifiche eventualmente apportate. Inoltre, in caso di variazioni sensibili delle condizioni di mercato, l'Impresa si riserva la facoltà di modificare la commissione di gestione di cui al precedente articolo 4. Spese, previa comunicazione scritta all'aderente, il quale può trasferire la posizione individuale maturata ad altra forma pensionistica complementare, anche prima che siano decorsi due anni dall'iscrizione.

6. Revisione contabile

La gestione del fondo è annualmente sottoposta a verifica contabile da parte di una società di revisione iscritta all'albo di cui all'art. 161 del D.Lgs 24 febbraio 1998 n. 58, che accerta la rispondenza della gestione degli attivi con i criteri di investimento stabiliti dal presente regolamento, la rispondenza delle informazioni contenute nel rendiconto alle risultanze delle registrazioni contabili, la corretta valutazione dell'attività del fondo, nonché la corretta determinazione e valorizzazione delle quote del fondo alla fine di ogni esercizio.

Allegato A

Documentazione da allegare alle richieste di pagamento inviate a Zurich Investments Life S.p.A.

Il presente allegato costituisce parte integrante delle condizioni generali di contratto di Programma Pensione.

Per agevolare l'invio delle richieste, sono disponibili e possono essere richiesti i fac-simile di domanda:

- presso Zurich Investments Life S.p.A. - Ufficio Life Pension Funds - Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Italia;
- sul sito internet dell'Impresa www.zurich.it;
- presso la rete dei consulenti finanziari Finanza & Futuro Banca S.p.A..

L'elenco di seguito riportato dei documenti da allegare a ciascuna richiesta di pagamento inviata all'Impresa è da ritenersi meramente esemplificativo, ma non esaustivo.

A) Recesso dal Contratto

- Richiesta a mezzo lettera raccomandata A.R sottoscritta dall'Aderente;
- Copia di un documento di identità dell'Aderente in corso di validità.

B) Riscatto totale o parziale

Per tutte le richieste di riscatto:

- Richiesta di liquidazione sottoscritta dall'Aderente, con indicazione della motivazione;
- Copia di un documento di identità dell'Aderente in corso di validità.

Inoltre:

B1) per riscatto parziale nella misura del 50% per cessazione dell'attività lavorativa con conseguente inoccupazione non inferiore ai 12 mesi e per riscatto nella misura del 100% per cessazione dell'attività lavorativa con conseguente inoccupazione superiore a 48 mesi

-NEL CASO DI LAVORATORE DIPENDENTE:

- Lettera di dimissioni/ licenziamento con timbro e firma del datore di lavoro
- Stato occupazionale rilasciato dal centro per l'impiego dal quale risulti la data di cessazione dell'attività e lo stato attuale di occupazione (aggiornato alla data di riscatto), in alternativa dichiarazione sostitutiva di notorietà di certificazione dello stato di disoccupazione (ex. Artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000) autenticata dal comune;

- NEL CASO DI LAVORATORE AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA:

- Documentazione attestante la chiusura della partita IVA;
- Dichiarazione sostitutiva di notorietà di certificazione dello stato di disoccupazione (ex. Artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000) autenticata dal comune;

B2) per riscatto nella misura del 50% per mobilità

- Documento aggiornato alla data di richiesta di riscatto rilasciato dal centro per l'impiego attestante l'iscrizione alle liste di mobilità, in alternativa Dichiarazione sostitutiva di notorietà di certificazione dello stato di mobilità (ex. Artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000) autenticata dal comune;
- Dichiarazione sottoscritta dal datore di lavoro attestante che la risoluzione del rapporto di lavoro con l'aderente è dipesa da ricorso a procedure di mobilità;

B3) per riscatto nella misura del 50% per cassa integrazione guadagni (ordinaria o straordinaria)

- Dichiarazione sottoscritta dal datore di lavoro attestante il ricorso a procedura di cassa integrazione guadagni (ordinaria/straordinaria) a zero ore, con sospensione del rapporto di lavoro per un periodo pari o superiore a 12 mesi;

B4) per riscatto totale per invalidità permanente con conseguente riduzione della capacità lavorativa a meno di 1/3

- Certificazione di invalidità permanente con riduzione della capacità lavorativa a meno di 1/3 (invalidità uguale/superiore al 67%) rilasciata dalle competenti autorità sanitarie o previdenziali (ASL, INPS).

C) Anticipazioni

Per tutte le richieste di anticipazione (spese sanitarie, acquisto/ristrutturazione prima casa o 30% per altre esigenze);

- Richiesta di liquidazione sottoscritta dall'Aderente, con indicazione della motivazione;
- Copia di un documento di identità dell'Aderente in corso di validità.

Inoltre:

Programma Pensione

Condizioni generali di contratto

C1) per anticipazioni dovute a spese sanitarie, per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche

- Certificazione rilasciata da una struttura pubblica competente che certifichi il carattere straordinario della terapia o intervento. La certificazione, rilasciata dalla ASL, o da istituti o cliniche accreditate, dovrà contenere il riferimento al fatto che l'aderente dovrà sottoporsi ad un intervento e sostenere spese per terapie aventi carattere di straordinarietà;
- Preventivo di spesa redatta dalla struttura sanitaria;
- Copia delle fatture delle spese sostenute.
- NEL CASO IN CUI LA RICHIESTA SIA PRESENTATA PER IL CONIUGE/I FIGLI:
- Certificato storico di famiglia e documento di identità del familiare;

C2) per anticipazioni dovute a acquisto della prima casa di abitazione per sé o per i figli documentato con atto notarile

- Copia del rogito, in alternativa compromesso completo di attestazione notarile (non autocertificazione) indicante chi sarà l'intestatario della casa e che l'immobile costituisce la prima casa di abitazione;
- NEL CASO IN CUI LA RICHIESTA SIA PRESENTATA PER IL CONIUGE/I FIGLI:
- Certificato storico di famiglia e documento di identità del familiare;
- NEL CASO DI ACQUISTO IN COOPERATIVA:
- Atto di assegnazione dell'alloggio attestante l'impegno economico assunto;
- Dichiarazione della cooperativa da cui risulti che il richiedente sia Socio e prenotatario dell'alloggio, la data nella quale è avvenuta l'assegnazione provvisoria, il piano finanziario con il dettaglio dei versamenti;
- NEL CASO DI COSTRUZIONE IN PROPRIO:
- Concessione edilizia;
- Titolo di proprietà del terreno;
- Preventivi di spesa e fatture che attestino il pagamento dei lavori effettuati.

C3) per anticipazioni dovute ad intervento di recupero edilizio relativo alla prima casa di abitazione di proprietà dell'aderente o dei figli

- Preventivo della ditta esecutrice dei lavori e copia delle fatture delle spese;
- Rogito o documento ufficiale (atto notarile), in cui sia indicato che si tratta di prima casa di abitazione e che l'aderente è proprietario dell'immobile;
- Copia della concessione edilizia o della comunicazione di inizio lavori (se prevista).
- NEL CASO DI INTERVENTI CHE RIGUARDANO PARTI COMUNI DELL'IMMOBILE:
- Copia della delibera assembleare e della tabella millesimale di ripartizione delle spese;
- NEL CASO IN CUI LA RICHIESTA SIA PRESENTATA PER IL CONIUGE/FIGLI
- Certificato storico di famiglia e documento di identità del familiare.

D) Trasferimento ad altra forma previdenziale

- Richiesta scritta firmata dall'Aderente riportante la sua volontà a trasferire la propria posizione ad altra forma pensionistica complementare (completa degli estremi della Forma pensionistica e/o Gestore);
- Copia di un documento di identità dell'Aderente in corso di validità.

E) Prestazione pensionistica in forma di rendita

a) per la prestazione in forma di rendita vitalizia

- Richiesta di liquidazione sottoscritta dall'Aderente;
- Copia di un documento di identità in corso di validità dell'Aderente;
- Idonea documentazione attestante la maturazione del diritto alla prestazione pensionistica nel regime obbligatorio di appartenenza;
- Certificato di esistenza in vita dell'Aderente da presentare ad ogni ricorrenza annuale durante l'erogazione della rendita;

b) per la prestazione in forma di rendita certa per 5 o 10 anni e successivamente vitalizia

- Richiesta di liquidazione sottoscritta dall'Aderente, con indicazione del numero di anni in cui la rendita verrà corrisposta in modo certo (5 o 10 anni) e dei Beneficiari in caso di decesso dell'Aderente durante il periodo di erogazione della rendita certa;
- Copia di un documento di identità in corso di validità dell'Aderente;
- Idonea documentazione attestante la maturazione del diritto alla prestazione pensionistica nel regime obbligatorio di appartenenza;
- Certificato di esistenza in vita dell'Aderente da presentare ad ogni ricorrenza annuale durante l'erogazione della rendita;

c) per la prestazione in forma di rendita vitalizia reversibile

- Richiesta di liquidazione sottoscritta dall'Aderente e dal Reversionario;
- Copia di un documento di identità dell'Aderente in corso di validità
- Copia di un documento di identità in corso di validità e codice fiscale del reversionario;
- Idonea documentazione attestante la maturazione del diritto alla prestazione pensionistica nel regime obbligatorio di appartenenza;
- Lettera informativa e consenso ai sensi del D.Lgs del 30 giugno 2003 n.196 (Codice Privacy) del Reversionario.
- Certificato di esistenza in vita dell'Aderente/del Reversionario da presentare ad ogni ricorrenza annuale durante l'erogazione della rendita;

F) Prestazione pensionistica in forma di capitale

- Richiesta di liquidazione sottoscritta dall'Aderente;
- Copia di un documento di identità dell'Aderente in corso di validità;
- Idonea documentazione attestante la maturazione del diritto alla prestazione pensionistica nel regime obbligatorio di appartenenza;

G) Decesso dell'aderente prima dell'accesso alla prestazione

- Richiesta di liquidazione sottoscritta da ciascun beneficiario;
- Copia di un documento di identità in corso di validità e codice fiscale di ciascun beneficiario
- Certificato di morte dell'aderente rilasciato dalle competenti autorità;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché Zurich ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000;
- NEL CASO DI PRESENZA DI TESTAMENTO
- Copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca e valido e non impugnato da alcuno;
- NEL CASO DI BENEFICIARI MINORENNI
- Decreto del giudice tutelare con il quale si autorizza la liquidazione a persona designata di quanto spettante al beneficiario minore e documento di identità del minore e con indicazione del codice IBAN sul quale liquidare

In caso di attivazione delle prestazioni accessorie "complementare caso morte" e "infortuni caso morte", oltre alla documentazione qui indicata è necessario inviare alla Compagnia anche:

- Certificato medico che attesti il luogo e la causa del decesso.

L) Malattia grave

- Richiesta di liquidazione a mezzo lettera raccomandata A.R. sottoscritta dall'Aderente o altra persona in sua vece con la quale si comunica l'insorgenza della malattia grave, precisando quale tra quelle previste nelle condizioni di assicurazione delle prestazioni accessorie;
- Copia di un documento di identità in corso di validità dell'Aderente;
- Copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la malattia grave, riportante la data di insorgenza;

M) Invalidità totale e permanente

- Richiesta di liquidazione a mezzo lettera raccomandata A.R. sottoscritta dall'Aderente o altra persona in sua vece con la quale si comunica l'insorgenza dell'invalidità totale e permanente e la causa, precisando se da malattia (quale) o se da infortunio (causa);
- Copia di un documento di identità in corso di validità dell'Aderente;
- Copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata l'invalidità e la malattia o infortunio che l'hanno causata;

N) Long term care

- Richiesta di liquidazione a mezzo lettera raccomandata A.R. sottoscritta dall'Aderente o altra persona in sua vece con la quale si comunica l'insorgenza dello stato di non auto sufficienza, precisando se da malattia (quale) o se da infortunio (causa) o se da vecchiaia;
- Copia di un documento di identità in corso di validità dell'Aderente;
- Copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la non autosufficienza e la malattia o l'infortunio che l'hanno causata.

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia - Sede e Direzione:
Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662603
Capitale sociale €164.000.000 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3.1.08 al n. 1.00027
Società appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2
C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150
Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)
Indirizzo PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it - www.zurich.it

06.2017 - W.0367

