

00126437050
04,88
7510+910,78
234104485
97312014302+741
5741309/785041+
65,31629-
87,725903792,407
64222327
0012643705004
,885614 485
759107+910,7823
410497312014302
+7415741309/785
041+65,31629
87,725903792,407
64222327
0012643705004
,88 759107
+910,7823410497
312014302+74157
41309/785041+65,
31629-
87,725903792,407

RB CARE

64222327
0012643705
004,8856
759107+910,7823
4104
97312014302+741
5741309/785041+
65,31629 87,7259
03792,40764
222,327
001264370
5004,88
759107+910,7823
410497312014302
+7415741309/785
041+65,31629
87,725903792,407
64222327
001264370
5004,88
759107+910,7823
410497312014302
+7415741309/785
041+65,31629-
87,725903792,407
64222327
001264370
5004,88
759107+9
10,78234104
97312014302+741
5741309/785041+
65,31629-87,725
903792,40764222
327
00126437050
04,88
759107+910,7823
410497312014302
+7415741309/785
041+65,31629
87,725903792,407
64222327
0012643705004
0,88 759107

**PRODOTTO DESTINATO
ESCLUSIVAMENTE A CONTRAENTI
DI UNA FORMA PENSIONISTICA
INDIVIDUALE RB VITA**

**NOTA INFORMATIVA
CONDIZIONI CONTRATTUALI**

rb vita



Sommario

NOTA INFORMATIVA

1. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

- 1.1. Denominazione sociale, forma giuridica e indirizzo

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

- 2.1. Premessa
- 2.2. Definizione della garanzia
- 2.3. Conclusione, decorrenza e durata del contratto
- 2.4. Premio
- 2.5. Modifica delle basi statistiche
- 2.6. Rivalutazione delle prestazioni
- 2.7. Riscatto
- 2.8. Riscatto speciale
- 2.9. Modalità di scioglimento del contratto
- 2.10. Modalità di esercizio della revoca della proposta e del diritto di recesso
- 2.11. Regime fiscale applicabile al contratto
- 2.12. Legislazione applicabile al contratto
- 2.13. Reclami

3. INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

- 3.1. Informazioni relative alla Società
- 3.2. Informazioni relative al contratto

4. INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- 4.1. Informativa ai sensi della Legge 31 dicembre 1996 n. 675
-

PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLO SVILUPPO DEI PREMI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Disciplina del contratto

Terminologia

PARTE PRIMA - ASPETTI GENERALI

- Art. 1 - Prestazioni assicurate
 - Art. 2 - Fasi del contratto
 - Art. 3 - Premio
-

PARTE SECONDA - ACCORDO TRA LE PARTI

- Art. 4 - Conclusione del contratto
 - Art. 5 - Clausola di ripensamento
 - Art. 6 - Entrata in vigore
 - Art. 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato
 - Art. 8 - Beneficiari
 - Art. 9 - Modifica del premio a seguito di scostamenti delle basi statistiche
 - Art. 10 - Foro competente
 - Art. 11 - Tasse e imposte
-

PARTE TERZA - ASPETTI SPECIFICI DELL'ASSICURAZIONE

- Art. 12 - Stato di non autosufficienza
 - Art. 13 - Esclusioni
 - Art. 14 - Limitazioni della garanzia
 - Art. 15 - Soggetti non assicurabili
 - Art. 16 - Denuncia dello stato di non autosufficienza
 - Art. 17 - Accertamento dello stato di non autosufficienza da parte della Società
 - Art. 18 - Modifica dello stato di non autosufficienza
 - Art. 19 - Adempimenti periodici
 - Art. 20 - Collegio Arbitrale
 - Art. 21 - Franchigia
-

PARTE QUARTA - VICENDE CONTRATTUALI

Art. 22 - Mancato pagamento del premio:
risoluzione e riduzione

Art. 23 - Ripresa del pagamento del premio:
riattivazione

Art. 24 - Riscatto

Art. 25 - Riscatto speciale

Art. 26 - Pagamenti della Società

CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SPECIALE VITARIV

RB CARE

Assicurazione di rendita vitalizia per il caso di non autosufficienza a premio annuo temporaneo e con rivalutazione annua della rendita e del premio

(Tariffa LTC1 a)

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa ha lo scopo di fornire al Contraente¹ tutte le informazioni preliminari necessarie per poter conoscere in modo corretto e completo le caratteristiche di RB CARE, assicurazione di rendita vitalizia per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato² a premio annuo temporaneo.

In ogni caso il Contraente può ottenere dal proprio intermediario di fiducia qualsiasi ulteriore precisazione su RB CARE prima di sottoscrivere la relativa proposta³.

1. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1.1. Denominazione sociale, forma giuridica e indirizzo

L'impresa assicuratrice - denominata nel seguito "Società" - è la:
RB VITA S.p.A.
con sede legale ed uffici di direzione in Milano (Italia), Corso Italia 23.

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

2.1. Premessa

RB CARE è un'assicurazione per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato che ha come obiettivo l'erogazione di una prestazione in forma di rendita vitalizia⁴ qualora:

- l'Assicurato stesso risulti incapace di svolgere, in via presumibilmente permanente, almeno tre su quattro delle attività elementari della vita quotidiana;
- al medesimo sia stato diagnosticato il morbo di Alzheimer o forme simili di demenza senile invalidanti di origine organica che si manifestano con l'incapacità per l'Assicurato di badare a se stesso senza la supervisione continua da parte di un'altra persona.

Le attività elementari della vita quotidiana rilevanti ai fini dell'operatività della garanzia di RB CARE sono le seguenti:

- lavarsi: intendendosi per tale la capacità di mantenere in modo autonomo un livello di igiene personale confacente alle abitudini;
- alimentarsi: intendendosi per tale la capacità di servirsi e di mangiare del cibo recentemente preparato e messo a disposizione;
- vestirsi: intendendosi per tale la capacità di vestirsi e di svestirsi, ricorrendo eventualmente a dei vestiti predisposti;
- muoversi: intendendosi per tale la capacità di spostarsi su una superficie piana, eventualmente facendo ricorso all'aiuto di un bastone o di un equipaggiamento specifico.

RB CARE è articolata in due fasi distinte:

- la prima fase è rappresentata dal periodo di differimento, durante il quale il Contraente è tenuto al pagamento del premio; durante questa fase non è prevista l'erogazione di alcuna rendita;
- la seconda fase, che ha inizio al termine del periodo di differimento, prevede, in caso di accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, la corresponsione delle prestazioni assicurate nei tempi e secondo le modalità di seguito descritte; durante questa fase non è previsto il pagamento di alcun premio⁵.

2.2. Definizione della garanzia

Prestazioni assicurate

RB CARE impegna la Società a corrispondere ai Beneficiari⁶ designati dal Contraente, in caso di non autosufficienza dell'Assicurato, una rendita vitalizia rivalutabile erogabile in rate mensili posticipate. La corresponsione della rendita non può avvenire prima del termine del periodo di differimento e comunque prima della data di accertamento da parte della Società dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, se successiva.

¹ Per Contraente si intende il soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

² Per Assicurato si intende il soggetto sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione.

³ Per proposta si intende il documento contenente la richiesta del Contraente di stipulare il contratto di assicurazione con la Società.

⁴ Per rendita vitalizia si intende una rendita da corrispondersi fino a che l'Assicurato sia in vita.

⁵ Per premio si intende il corrispettivo dovuto dal Contraente alla Società a fronte delle prestazioni assicurate.

⁶ Per Beneficiari si intendono i soggetti ai quali spettano le prestazioni assicurate.

In ogni caso è fatto salvo un periodo di franchigia fissato dalla Società in 90 giorni.
L'importo iniziale della rendita può essere fissato, a scelta del Contraente, in 6.000 o 12.000 euro su base annua.
Annualmente l'importo della rendita verrà rivalutato nella misura e secondo le modalità descritte al punto 2.6..

Qualora lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato si verifichi prima del termine del periodo di differimento, il Contraente non è più tenuto al pagamento del premio pattuito a partire dalla data di accertamento dello stato di non autosufficienza da parte della Società.

In caso di decesso dell'Assicurato prima che inizi l'erogazione della rendita, il contratto si estingue ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

Accertamenti sanitari

L'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, da effettuarsi mediante l'esame del questionario sul proprio stato di salute compilato dall'Assicurato stesso.

Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato alla Società siano complete e veritiere.

Carenza

La Società non garantisce alcuna prestazione in caso di non autosufficienza dell'Assicurato dovuta a malattie insorte o manifestatesi nei primi dodici mesi dalla data di conclusione del contratto. La Società applica inoltre un periodo di carenza di tre anni dalla data di conclusione del contratto, qualora lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato sia conseguenza dell'insorgere del morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica.

In entrambi i casi la Società si limita a restituire i premi versati.

Esclusioni

In ogni caso la Società non garantisce le prestazioni assicurate qualora lo stato di non autosufficienza sia causato da:

- uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci, alcolismo acuto o cronico;
- proprie azioni delittuose o partecipazione ad imprese temerarie;
- contaminazione radioattiva;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, fatta eccezione per i casi in cui l'Assicurato sia stato coinvolto involontariamente;
- guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni o risse, fatta eccezione per quelli conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per doveri di solidarietà umana o per legittima difesa;
- da tentato suicidio o tentativi di mutilazione volontaria;
- dolo o colpa grave del Contraente e/o del Beneficiario.

Le prestazioni assicurate non sono altresì operanti se la causa dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato esisteva già al momento della conclusione del contratto, nonché se lo stato di non autosufficienza sia causato da disturbi mentali di origine non organica.

In questi casi la Società si impegna a corrispondere il solo importo della riserva matematica⁷ calcolato all'epoca della denuncia del sinistro.

2.3. Conclusione, decorrenza e durata del contratto

Conclusione

A condizione che il Contraente abbia sottoscritto la proposta (unitamente all'Assicurato, se persona diversa) e pagato il premio pattuito, il contratto si intende concluso al quinto giorno lavorativo successivo alla sottoscrizione della proposta stessa.

Decorrenza

A condizione che sia stato effettuato il pagamento del premio, le prestazioni assicurate sono operanti dalle ore 24 del giorno indicato sulla polizza⁸ quale data di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza previsti dalle Condizioni Contrattuali.

Durata

Nell'ambito di RB CARE, occorre distinguere fra:

- durata del periodo di differimento, intendendosi per tale l'arco di tempo durante il quale il Contraente provvede al pagamento del premio, che viene stabilita all'atto della conclusione del contratto (e indicata in polizza) e corrisponde al periodo compreso tra la data di decorrenza ed il primo anniversario della data di decorrenza immediatamente successivo alla data di compimento del sessantacinquesimo anno di età dell'Assicurato;
- durata del contratto – intendendosi per tale l'arco di tempo durante il quale la Società copre il rischio di non autosufficienza dell'Assicurato - che è vitalizia.

2.4. Premio

L'entità del premio dipende dalla durata del contratto, dall'età e dal sesso dell'Assicurato, nonché dall'ammontare iniziale della rendita assicurata.

⁷ Per riserva matematica si intende l'importo accantonato ogni anno dalla Società per far fronte agli impegni derivanti da ogni singolo contratto.

⁸ Per polizza si intende il documento attestante l'esistenza del contratto di assicurazione.

Modalità e durata del versamento del premio	Il premio deve essere versato dal Contraente alla Società in via anticipata, alle scadenze pattuite, per tutta la durata del differimento e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato o l'accertamento dello stato di non autosufficienza di quest'ultimo.
Rivalutazione del premio	Ad ogni anniversario della data di decorrenza il premio annuo viene rivalutato nella misura e secondo le modalità contenute nelle Condizioni Contrattuali. È comunque facoltà del Contraente, trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza, rinunciare in modo definitivo alla rivalutazione del premio con conseguente rivalutazione inferiore delle prestazioni assicurate.
Frazionamento	Può essere stabilito, a scelta del Contraente, che il premio annuo venga versato in forma frazionata secondo una rateazione mensile, quadrimestrale o semestrale. La rateazione del premio comporta la corresponsione da parte del Contraente di un interesse di frazionamento.
Mancato versamento del premio	Il mancato versamento del premio, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, comporta effetti diversi a seconda che siano state versate, o meno, le prime cinque annualità di premio. Nel primo caso il contratto rimane in vigore con prestazioni inferiori, pari al valore di riduzione, determinabile in base a quanto previsto dalle Condizioni Contrattuali. Nel secondo caso, vale a dire qualora non siano state versate per intero le prime cinque annualità di premio, il contratto è risolto di diritto ed i premi versati restano acquisiti alla Società.
Ripresa del versamento del premio: riattivazione	Il contratto può tuttavia essere riattivato nel termine di sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, mediante il versamento degli importi arretrati, aumentati degli interessi previsti dalle Condizioni Contrattuali. Trascorsi sei mesi, la riattivazione è subordinata alla verifica, da parte della Società, dello stato di salute dell'Assicurato. Trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto non può più essere riattivato.

2.5. Modifica delle basi statistiche

Dal momento che le basi statistiche utilizzate per la determinazione dell'importo del premio, si fondano su proiezioni a lungo termine, è possibile che, nel corso del tempo, si verifichino scostamenti anche significativi nell'evoluzione dell'esperienza statistica riferita a collettività di assicurati rispetto alle basi statistiche utilizzate.

A tale riguardo, la Società si riserva la facoltà di rivedere il premio ad intervalli non inferiori a cinque anni.

In particolare, per i primi cinque anni dalla data di decorrenza le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio saranno mantenute inalterate.

La Società comunicherà al Contraente la misura dell'incremento del premio con un preavviso di almeno sei mesi rispetto alla data in cui il nuovo importo dovrà essere corrisposto.

Qualora il Contraente non intenda accettare l'aumento del premio, potrà chiedere alla Società il ricalcolo delle prestazioni assicurate.

Queste ultime non potranno essere oggetto di revisione da parte della Società in epoca successiva all'accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato né dopo il termine del differimento.

2.6. Rivalutazione delle prestazioni

Gestione speciale	A fronte degli impegni assunti con le assicurazioni sulla vita a prestazioni rivalutabili, la Società ha istituito per la copertura delle riserve matematiche di tali contratti una gestione speciale separata dalle altre attività della Società e denominata VITARIV.
--------------------------	---

La gestione speciale VITARIV è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione contabile iscritta nell'apposito albo, che ne attesta la correttezza della gestione ed i risultati conseguiti.

Rivalutazione delle prestazioni	Le prestazioni assicurate di RB CARE vengono rivalutate ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza del contratto in base ad un tasso definito "misura di rivalutazione".
--	---

La misura di rivalutazione si ottiene moltiplicando il rendimento realizzato dalla gestione speciale VITARIV per l'aliquota di partecipazione dell'80% e scontando dal valore così ottenuto – definito "rendimento attribuito" - il tasso di interesse – definito "tasso tecnico" - del 2,5% già riconosciuto nella determinazione delle prestazioni assicurate.

Il rendimento attribuito non può in ogni caso risultare superiore al rendimento della gestione speciale VITARIV diminuito di un punto.

Consolidamento	Le rivalutazioni annuali delle prestazioni assicurate restano acquisite in via definitiva, fatto salvo quanto indicato al punto 2.5..
-----------------------	---

Ipotesi di rivalutazione	Nel Progetto Esemplificativo, riportato al termine del presente documento, sono indicate - a mero titolo esemplificativo - due diverse ipotesi di sviluppo delle prestazioni assicurate di RB CARE, annualmente rivalutate.
---------------------------------	---

I valori indicati nel Progetto sono stati ottenuti, come prescritto dall'ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo), sulla base di due diverse ipotesi di rendimento della gestione speciale VITARIV e tenendo conto dell'aliquota di partecipazione stabilita dalla Società.

Nel Progetto sono riportati inoltre i rendimenti effettivamente realizzati dalla gestione speciale VITARIV negli ultimi anni unitamente a quelli attribuiti ai contratti (applicando l'aliquota di partecipazione del 80%).

I suddetti rendimenti sono messi a confronto con i tassi medi di rendimento lordo dei titoli di Stato e delle obbligazioni e con i tassi d'inflazione registrati in Italia negli stessi anni.

2.7. Riscatto

RB CARE non prevede alcun valore di riscatto.

2.8. Riscatto speciale

Accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e prima che inizi l'erogazione delle prestazioni assicurate, il Contraente ha facoltà di chiedere alla Società la corresponsione delle stesse in forma di capitale qualora il 70% dell'importo su base annua della rendita vitalizia risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale di cui all'articolo 3, commi 6 e 7 della Legge 8 agosto 1995, n. 335.

2.9. Modalità di scioglimento del contratto

Il contratto si scioglie:

- al verificarsi del decesso dell'Assicurato; oppure
- qualora non sussistano le condizioni per la riduzione delle prestazioni assicurate, trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, senza che vi sia stata riattivazione; oppure
- in caso di riscatto speciale, al verificarsi dei presupposti stabiliti dalla Legge.

La Società provvederà ad erogare la rendita assicurata in forma posticipata e con ricorrenza mensile. L'erogazione della rendita verrà effettuata, previa presentazione alla Società della documentazione indicata dalle Condizioni Contrattuali.

Ai sensi dell'articolo 1923 del Codice Civile, le somme dovute dalla Società in virtù di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili.

Ai sensi dell'articolo 1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società.

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti da qualsiasi contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal verificarsi dell'evento su cui i diritti stessi si fondano.

2.10. Modalità di esercizio della revoca della proposta e del diritto di recesso

Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto.

Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società – con lettera raccomandata indirizzata a: RB VITA S.p.A. – Corso Italia, 23 – 20122 Milano (Italia) – contenente gli elementi identificativi della proposta.

Le somme eventualmente anticipate dal Contraente alla Società saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

Dopo la conclusione del contratto il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro un termine di 30 giorni.

Per l'esercizio del recesso il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata indirizzata a: RB VITA S.p.A. – Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia) – contenente gli elementi identificativi del contratto (numero di polizza e nome e cognome del Contraente). Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Società provvederà a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto.

La Società si riserva peraltro il diritto di recuperare la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché le spese sostenute per l'emissione del contratto, quantificate in 25 euro.

2.11. Regime fiscale applicabile al contratto

I premi pagati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.

Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita "di puro rischio", intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%) o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, fino ad un massimo di 1.291,14 euro, è riconosciuta annualmente al Contraente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi.

Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato – se persona diversa dal Contraente – sia fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Pagamenti della Società

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Diritto proprio dei Beneficiari designati

Prescrizione

Revoca della proposta

Diritto di recesso dal contratto

Imposta sui premi

Detraibilità fiscale dei premi

Tassazione delle somme assicurate

Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi pagati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi pagati dal Contraente per le assicurazioni infortuni, fermo restando il sopraindicato limite massimo di 1.291,14 euro.

In virtù della detrazione d'imposta, il costo effettivo delle assicurazioni sulla vita "di puro rischio" risulta inferiore ai premi pagati.

Le somme liquidate in virtù di contratti di assicurazioni sulla vita "di puro rischio", per i quali è prevista la detrazione d'imposta non sono soggette ad alcuna imposizione fiscale, sia nel caso in cui vengano corrisposte in forma di capitale sia nel caso in cui siano corrisposte in forma di rendita.

2.12. Legislazione applicabile al contratto

A tutti i contratti di assicurazione sulla vita, stipulati dalla Società e redatti in lingua italiana, si applica la legge italiana.

2.13. Reclami

Eventuali reclami da parte del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari potranno essere inoltrati al seguente indirizzo:

RB VITA - Gruppo RAS
Direzione Generale – Servizio Clienti
Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia)
Numero Verde: 800 223344
Numero di telefax: 02 7200.3202

È comunque facoltà del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari, che si ritenessero lesi nei propri diritti, di presentare i propri reclami anche a:

ISVAP
Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo
Servizio Ispettivo - Sezione Reclami
via del Quirinale, 21 - 00187 Roma (Italia)

quale organo istituzionalmente preposto alla vigilanza sull'esercizio delle assicurazioni sulla vita.

3. INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

3.1. Informazioni relative alla Società

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire nel corso della durata contrattuale, con riferimento agli elementi indicati al punto 1.1..

3.2. Informazioni relative al contratto

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni nelle informazioni di cui ai precedenti punti da 2.1. a 2.6., a seguito di modifiche nella normativa applicabile al contratto, la Società si impegna a fornire tempestivamente al Contraente ogni necessaria precisazione.

Ad ogni ricorrenza annuale la Società si impegna a comunicare al Contraente il valore delle prestazioni assicurate in base alle rivalutazioni intervenute fino a tale data.

4. INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

4.1. Informativa ai sensi della Legge 31 dicembre 1996 n. 675

Ai sensi dell'articolo 10 della Legge 31 dicembre 1996 n. 675, la Società informa che i dati personali saranno oggetto di trattamento nei termini seguenti.

Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali da parte della Società è diretto all'espletamento delle finalità attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, nonché all'adempimento di obblighi previsti da disposizioni di legge, regolamenti o normative comunitarie; detto trattamento è essenziale ai fini della conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti di assicurazione, nonché di gestione e liquidazione dei sinistri.

Il trattamento dei dati personali da parte della Società può anche essere diretto all'espletamento delle finalità di informazione e promozione commerciale, rilevazione della qualità dei servizi e ricerche di mercato.

Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni previste dalle vigenti disposizioni di legge, quali:
- raccolta, registrazione ed organizzazione dei dati;
 - consultazione, utilizzo, elaborazione ed interconnessione dei dati;

- conservazione e modifica dei dati;
- blocco, cancellazione e distruzione dei dati;

b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;

c) è svolto direttamente dalla Società, ovvero da soggetti facenti parte dell'organizzazione della Società (che operano in qualità di incaricati al trattamento), nonché da soggetti esterni a tale organizzazione (che operano pure in qualità di incaricati al trattamento).

Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati personali alla Società è obbligatorio ai sensi delle vigenti disposizioni di legge ed è necessario ai fini dell'esecuzione degli obblighi derivanti dai contratti di assicurazione.

Rifiuto del conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto di conferire alla Società i dati personali comporta l'impossibilità in tutto o in parte di concludere i contratti, ovvero di dare esecuzione agli obblighi derivanti dai contratti stessi ed, in particolare, di gestire e liquidare i relativi sinistri.

Comunicazione e diffusione dei dati

I dati personali oggetto di trattamento presso la Società possono essere comunicati, per le finalità attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa, esclusivamente ai seguenti soggetti:

- soggetti esterni all'organizzazione della Società facenti parte della rete distributiva della Società stessa;
- soggetti esterni all'organizzazione della Società operanti nel settore dei servizi di elaborazione dei dati o della revisione e certificazione contabile;
- società facenti parte del Gruppo Ras;
- consulenti medici;
- altri consulenti tecnici;
- coassicuratori;
- riassicuratori;
- Autorità di vigilanza (ad es.: ISVAP) ed altre Pubbliche Amministrazioni (ad es.: Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, Ufficio Italiano Cambi etc);
- Enti associativi (ANIA - Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) o consortili propri del settore assicurativo.

Per quanto concerne invece le finalità di informazione e promozione commerciale, rilevazione della qualità dei servizi e ricerche di mercato, i dati personali oggetto di trattamento presso la Società possono essere comunicati esclusivamente ai seguenti soggetti:

- Soggetti esterni all'organizzazione della Società facenti parte della rete distributiva della Società stessa;
- Soggetti esterni all'organizzazione della Società operanti nel settore dei servizi di elaborazione dei dati, ovvero nel settore del marketing diretto e operativo;
- Società facenti parte del Gruppo Ras.

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati personali oggetto di trattamento presso la Società.

Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali oggetto di trattamento presso la Società possono essere trasferiti all'estero, verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi, per l'espletamento delle finalità attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa.

Diritti dell'interessato

La Legge 31 dicembre 1996 n. 675 attribuisce ad ogni soggetto, interessato al trattamento di dati personali che lo riguardano, una serie di diritti specifici, fra i quali:

- Quello di ottenere dal titolare del trattamento la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- Quello di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità del trattamento;
- Quello di ottenere, se vi è interesse, la modifica, l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione delle vigenti disposizioni di legge;
- Quello di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento dei dati personali è la Società medesima.

L'elenco dei soggetti che esercitano per conto della Società i poteri del Titolare e di quelli nominati Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede legale, gli uffici di direzione e quelli periferici della Società stessa.

* * * * *

La presente Nota Informativa è stata redatta conformemente alle disposizioni di cui all'articolo 109 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 174 ed in linea con le prescrizioni delle Circolari ISVAP

n. 249 del 19 giugno 1995, n. 282 del 2 ottobre 1996, n. 294 del 4 febbraio 1997, n. 363/D del 16 febbraio 1999 e n. 403/D del 16 marzo 2000.

Trattasi di documento che ha solo valore e scopo informativo e che deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione di RB CARE.

RB VITA

Milano, aprile 2002

PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLO SVILUPPO DEI PREMI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Il presente Progetto Esemplificativo, che costituisce parte integrante della Nota Informativa, è stato predisposto allo scopo di illustrare in forma chiara e puntuale le caratteristiche dell'assicurazione prescelta, con particolare riguardo allo sviluppo dei premi e delle prestazioni assicurate nel corso del tempo.

Il Progetto è stato predisposto in forma generica (con riferimento ad un Assicurato tipo e ad una predefinita combinazione di prestazione assicurata e periodicità di versamento).

A richiesta del Contraente, il progetto esemplificativo può essere predisposto anche in forma personalizzata (con i dati personali dell'Assicurato e le relative scelte in termini di prestazione assicurata e periodicità di versamento).

In ogni caso si segnala che:

- il progetto esemplificativo riporta sviluppi meramente previsionali;
- i valori indicati sono da ritenersi puramente orientativi e scaturiscono da ipotesi di rendimento della gestione speciale VITARIV prescritte dall'ISVAP, senza alcuna certezza in ordine all'effettivo realizzarsi nel corso del tempo delle ipotesi adottate;
- tutti i valori indicati non tengono conto degli effetti inflattivi che dovessero verificarsi nel corso del tempo e non corrispondono dunque ai valori reali (cioè al netto del tasso di inflazione) ottenibili al momento della corresponsione delle prestazioni né dell'eventuale revisione da parte della Società dei premi in seguito alla modifica delle basi statistiche, qualora ne ricorrano i presupposti.

* * * * *

Lo sviluppo dei premi e delle prestazioni assicurate, nonché dei valori di riduzione è stato calcolato in base alle seguenti ipotesi prescritte dall'ISVAP:

	Ipotesi 6%	Ipotesi 4%
Tasso di rendimento annuo della gestione speciale VITARIV	6%	4%
Aliquota di partecipazione	80%	80%
Tasso di rendimento annuo attribuito	4,8%	3,2%
Misura annua di rivalutazione	2,24%	0,49%

NB: la misura annua di rivalutazione si determina scontando il tasso tecnico del 2,5% dal tasso di rendimento annuo attribuito.

Ai fini di una migliore valutazione delle prospettive di rendimento dell'assicurazione prescelta, si riproducono nella prima delle tabelle che seguono i rendimenti effettivamente realizzati dalla gestione speciale VITARIV nel corso degli ultimi anni unitamente a quelli che sono stati attribuiti ai contratti, applicando un'aliquota di partecipazione del 80%, raffrontati con i tassi medi di rendimento lordo dei titoli di Stato e delle obbligazioni e con i tassi di inflazione registrati in Italia negli stessi anni.

Anno	Tassi medi di rendimento lordo dei Titoli di Stato ed obbligazioni	Inflazione	Rendimento realizzato dalla gestione speciale VITARIV	Rendimento attribuito ai contratti con aliquota del 80%
1997	6,98%	1,7%	10,6%	8,48%
1998	4,86%	1,8%	8,8%	7,04%
1999	4,50%	1,6%	7,1%	5,68%
2000	5,57%	2,6%	7,1%	5,68%
2001	4,93%	2,7%	5,82%	4,66%

Nelle tabelle contenute nel progetto vengono riportati, anno per anno, i premi annui che il Contraente si impegna a versare alla Società: detti premi, espressi sia al lordo che al netto della detrazione fiscale ottenibile alla luce dell'attuale normativa, sono messi a confronto, anno per anno, con i valori delle pre-

stazioni assicurate. Vengono inoltre messi a confronto, sempre anno per anno, il cumulo dei premi versati con i valori di riduzione ottenibili in caso di sospensione del pagamento dei premi.

Per quanto concerne le rivalutazioni annuali delle prestazioni, nonché il valore di riduzione, si segnala che, grazie al meccanismo del consolidamento, i valori effettivamente raggiunti ogni anno vengono acquisiti in via definitiva, fatto salvo l'eventuale ricalcolo della rendita assicurata, in caso di variazione delle basi demografiche sottostanti la determinazione del premio annuo, conseguente al rifiuto da parte del Contraente di accettare la variazione del premio stesso.

Si richiama inoltre l'attenzione sul fatto che l'operazione di riduzione, rappresentando una variazione rispetto agli impegni presi dal Contraente all'atto della conclusione del contratto, comporta la corresponsione da parte della Società di prestazioni inferiori rispetto a quelle assicurate.

È da sottolineare infine che le prestazioni assicurate indicate nelle tabelle che seguono devono intendersi subordinate all'accertamento da parte della Società dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

RB CARE

tariffa: LTC1 a
rendita annua iniziale: 12.000 euro (pari a 1.000 euro mensili)
durata differimento: 20 anni
età Assicurato: 45 anni
sexso Assicurato: maschio

Ipotesi 6%

Anno	Premio annuo	Premio versato al netto della detrazione fiscale	Cumulo dei premi annui	cumulo dei premi annui al netto della detrazione fiscale	prestazioni in caso di sospensione del pagamento dei premi	
					a fine anno	a scadenza
1	400	324	400	324	-	-
2	405	328	804	652	-	-
3	414	335	1.218	987	-	-
4	423	343	1.641	1.329	-	-
5	432	350	2.073	1.679	3.083	4.299
6	442	358	2.515	2.038	3.783	5.158
7	452	366	2.967	2.404	4.512	6.018
8	462	374	3.429	2.778	5.272	6.878
9	472	383	3.902	3.160	6.064	7.737
10	483	391	4.385	3.552	7.488	9.345
11	494	400	4.878	3.951	8.421	10.279
12	505	409	5.383	4.360	9.393	11.214
13	516	418	5.899	4.778	10.403	12.148
14	528	427	6.427	5.206	11.454	13.083
15	539	437	6.966	5.643	12.547	14.017
16	551	447	7.517	6.089	13.684	14.952
17	564	457	8.081	6.546	14.865	15.886
18	576	467	8.658	7.013	16.092	16.821
19	589	477	9.247	7.490	17.366	17.755
20	602	488	9.849	7.978	18.690	18.690

Ipotesi 4%

Anno	Premio annuo	Premio versato al netto della detrazione fiscale	Cumulo dei premi annui	cumulo dei premi annui al netto della detrazione fiscale	prestazioni in caso di sospensione del pagamento dei premi	
					a fine anno	a scadenza
1	400	324	400	324	-	-
2	398	322	798	646	-	-
3	400	324	1.197	970	-	-
4	402	325	1.599	1.295	-	-
5	404	327	2.002	1.622	2.828	3.043
6	406	329	2.408	1.950	3.411	3.652
7	408	330	2.816	2.281	3.998	4.261
8	410	332	3.225	2.612	4.592	4.870
9	412	333	3.637	2.946	5.191	5.478
10	414	335	4.050	3.281	6.301	6.616
11	416	337	4.466	3.617	6.965	7.278
12	418	338	4.883	3.956	7.635	7.939
13	420	340	5.303	4.295	8.312	8.601
14	422	342	5.725	4.637	8.995	9.263
15	424	343	6.149	4.980	9.685	9.924
16	426	345	6.574	5.325	10.381	10.586
17	428	347	7.002	5.672	11.084	11.248
18	430	348	7.432	6.020	11.793	11.909
19	432	350	7.864	6.370	12.509	12.571
20	434	352	8.299	6.722	13.232	13.232

In base alle ipotesi di sviluppo sopra descritte, le prestazioni assicurate in caso di non autosufficienza dell'Assicurato, risultano pari a:

rendita assicurata iniziale (pagabile in rate mensili posticipate)	Ipotesi 6%	Ipotesi 4%
al termine del periodo di differimento	18.690	13.232
all'età di 75 anni	23.324	13.895
all'età di 85 anni	29.108	14.591

RB CARE

Assicurazione di rendita vitalizia per il caso di non autosufficienza a premio annuo temporaneo e con rivalutazione della rendita e del premio

(Tariffa LTC1 a)

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Disciplina del contratto	Il presente contratto è disciplinato: <ul style="list-style-type: none">- dalle Condizioni Contrattuali;- dalle norme di Legge, per quanto non espressamente disciplinato.
Terminologia	Nell'ambito del presente contratto si intende per: <ul style="list-style-type: none">- Società: RB VITA S.p.A. con sede e uffici di direzione in Milano (Italia) - Corso Italia, 23;- Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;- Assicurato: il soggetto sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione;- Beneficiari: i soggetti ai quali spettano le prestazioni assicurate;- proposta: il documento contenente la richiesta del Contraente di stipulare il contratto di assicurazione con la Società;- polizza: il documento attestante l'esistenza del contratto di assicurazione;- premio: l'importo dovuto dal Contraente alla Società a fronte delle prestazioni assicurate;- infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;- malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;- riserva matematica: l'importo accantonato ogni anno dalla Società per far fronte agli impegni futuri derivanti da ogni singolo contratto.

PARTE PRIMA - ASPETTI GENERALI

Art. 1 - Prestazioni assicurate

In base al presente contratto la Società garantisce ai Beneficiari designati dal Contraente, in caso di non autosufficienza dell'Assicurato, una rendita vitalizia rivalutabile erogabile a partire dal termine del periodo di differimento indicato in polizza ovvero a partire dalla data di accertamento dello stato di non autosufficienza, se successiva, fatto salvo in ogni caso il periodo di franchigia di cui all'articolo 21.

La rendita sarà corrisposta in rate mensili posticipate, fino a quando persisterà lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza, la rendita assicurata verrà rivalutata nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione.

La rivalutazione della rendita verrà effettuata anche dopo il termine del periodo di differimento e durante il periodo di erogazione.

In caso di decesso dell'Assicurato il contratto si estingue ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

Art. 2 - Fasi del contratto

Il presente contratto si articola in due fasi.

La prima fase è rappresentata dal periodo di differimento, durante il quale il Contraente è tenuto al pagamento del premio pattuito. Durante questa fase non è prevista l'erogazione di alcuna rendita.

La seconda fase, che ha inizio al termine del periodo di differimento, prevede, in caso di accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato e fatto salvo il periodo di franchigia

di cui all'articolo 21, la corresponsione delle prestazioni assicurate di cui all'articolo 1. Durante questa fase non è previsto il pagamento di alcun premio.

Art. 3 - Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 sono garantite previo pagamento alla Società, da parte del Contraente, di un premio da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio viene effettuato all'atto della conclusione del contratto e per tutto il periodo di differimento, semprechè l'Assicurato sia in vita e non sia stato accertato lo stato di non autosufficienza del medesimo, ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza.

In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale il Contraente può scegliere una periodicità di pagamento semestrale, quadrimestrale o mensile.

In tal caso, fermo restando che il premio relativo al primo anno di durata del contratto è dovuto per intero, il pagamento del premio viene effettuato ad ogni ricorrenza semestrale, quadrimestrale o mensile della data di decorrenza.

In caso di pagamento del premio con periodicità semestrale, quadrimestrale o mensile, lo stesso è gravato di interessi di frazionamento. I premi potranno essere pagati, fra le altre, con le seguenti modalità:

- assegno bancario o circolare non trasferibile;
- bonifico bancario;
- r.i.d.;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente.
Resta inteso che un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza il premio viene rivalutato nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione.

PARTE SECONDA - ACCORDO TRA LE PARTI

Art. 4 - Conclusione del contratto

A condizione che il Contraente abbia sottoscritto la proposta (unitamente all'Assicurato, se persona diversa) e pagato il premio pattuito, il contratto si intende concluso al quinto giorno lavorativo successivo alla sottoscrizione della proposta stessa.

Art. 5 - Clausola di ripensamento

Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto.

Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società – con lettera raccomandata indirizzata a: RB VITA S.p.A. – Corso Italia, 23 – 20122 Milano (Italia) – contenente gli elementi identificativi della proposta. Le somme eventualmente anticipate dal Contraente alla Società saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

Dopo la conclusione del contratto, il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro un termine di trenta giorni.

Per l'esercizio del diritto di recesso il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società – con lettera raccomandata indirizzata a: RB VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia) - contenente gli elementi identificativi del contratto.

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società provvederà a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto. La Società si riserva di recuperare la parte di premio per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché le spese sostenute per l'emissione del contratto, quantificate in 25 euro.

Art. 6 - Entrata in vigore

A condizione che sia stato effettuato il pagamento del premio, le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 sono operanti dalle ore 24 del giorno indicato sulla polizza quale data di decorrenza.

Art. 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, dell'importo del premio annuo dovuto.

Art. 8 - Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari ab-

biano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;

- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali revocche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Società o disposte per testamento.

Art. 9 - Modifica del premio a seguito di scostamenti delle basi statistiche

Le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio verranno mantenute inalterate per un periodo di cinque anni dalla data di decorrenza. Successivamente, nel caso in cui si evidenziasse degli scostamenti significativi nell'evoluzione dell'esperienza statistica riferita a collettività di assicurati rispetto alle basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio, la Società si riserva la facoltà di rivedere il premio ad intervalli non inferiori a cinque anni.

A seguito della revisione delle basi statistiche la Società comunicherà al Contraente il nuovo importo di premio con un preavviso di almeno sei mesi rispetto all'anniversario della data di decorrenza a partire dal quale il nuovo premio sarà dovuto.

Qualora il Contraente non intenda provvedere al pagamento del nuovo importo di premio, la Società, previa richiesta che dovrà pervenire con un preavviso di almeno due mesi rispetto al suddetto anniversario, procederà al ricalcolo delle prestazioni assicurate dandone comunicazione al Contraente stesso.

Resta inteso che, a seguito del ricalcolo delle prestazioni assicurate, queste ultime assumeranno il nuovo valore comunicato dalla Società a partire dall'anniversario della data di decorrenza immediatamente successivo, fermo l'obbligo per il Contraente di provvedere al pagamento del premio nella misura precedentemente pattuita.

La revisione delle basi statistiche non produrrà alcun effetto qualora il Contraente non sia più tenuto al pagamento del premio.

La revisione delle basi statistiche avrà invece effetto nei confronti dell'eventuale rendita ridotta, determinata ai sensi dell'articolo 22, dal momento che la Società procederà al relativo ricalcolo, dandone comunicazione al Contraente.

Art. 10 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere diritti derivanti dal contratto.

Art. 11 - Tasse ed imposte

Le tasse e le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

PARTE TERZA - ASPETTI SPECIFICI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 12 - Stato di non autosufficienza

Ai sensi e per gli effetti del presente contratto si intende non autosufficiente l'Assicurato che:

- a) si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente - clinicamente accertata - di poter compiere, senza l'assistenza di un'altra persona, almeno tre delle seguenti quattro azioni consuete della vita quotidiana:
- lavarsi: intendendosi per tale la capacità di mantenere in modo autonomo un livello di igiene personale confacente alle abitudini;
 - alimentarsi: intendendosi per tale la capacità di servirsi e di mangiare del cibo recentemente preparato e messo a disposizione;
 - vestirsi: intendendosi per tale la capacità di vestirsi e di svestirsi, ricorrendo eventualmente a dei vestiti predisposti;
 - muoversi: intendendosi per tale la capacità di spostarsi su una superficie piana, eventualmente facendo ricorso all'aiuto di un bastone o di un equipaggiamento specifico;
- b) è affetto da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica che giustificano l'assistenza costante di un'altra persona per compiere almeno tre delle precedenti quattro azioni consuete della vita quotidiana.

Art. 13 - Esclusioni

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 non operano se la causa dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato esisteva già al momento della conclusione del contratto, nonché se la non autosufficienza è causata da disturbi mentali di origine non organica (psicosi, nevrosi, sindromi ansioso-depressive).

Sono altresì escluse dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti a:

- uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci, alcolismo acuto o cronico;
- proprie azioni delittuose o partecipazione ad imprese temerarie;
- contaminazione radioattiva;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, fatta eccezione per i casi in cui l'Assicurato sia stato coinvolto involontariamente;
- guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni o risse, fatta eccezione per quelli conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per doveri di solidarietà umana o per legittima difesa;
- tentato suicidio o tentativi di mutilazione volontaria;
- atti compiuti con dolo o colpa grave dal Contraente e/o dal Beneficiario.

In questi casi la Società si impegna a corrispondere il solo importo della riserva matematica calcolato al momento della denuncia del sinistro.

Art. 14 - Limitazioni della garanzia

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 non operano se lo stato di non autosufficienza è conseguenza di malattie insorte o manifestatesi nei dodici mesi successivi la data di conclusione del contratto.

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 non operano altresì qualora lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato si verifichi entro i primi tre anni dalla data di conclusione del contratto e sia conseguenza dell'insorgere del morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica.

In questi casi la Società si impegna a corrispondere una somma pari all'ammontare dei premi pagati.

Art. 15 - Soggetti non assicurabili

Non sono assicurabili le persone in stato di non autosufficienza, quelle affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), nonché quelle affette da menomazioni tali da determinare un'invalidità permanente di grado superiore al 35%.

Art. 16 - Denuncia dello stato di non autosufficienza

Al verificarsi dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto alla Società, a mezzo lettera raccomandata, allegando la documentazione necessaria alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

Tale documentazione dovrà comprendere un circostanziato certificato - redatto dal medico curante o dal medico ospedaliero che ha o ha avuto in cura l'Assicurato - dal quale possa evincersi il grado di non autosufficienza dell'Assicurato stesso, l'epoca di esordio dei disturbi psico-fisici e la precisazione circa la patogenesi (accidentale o da malattia) delle condizioni di non autosufficienza.

La denuncia deve essere effettuata entro 15 giorni dall'insorgere dello stato di non autosufficienza o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile, la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate di cui all'articolo 1.

Resta inteso che, al fine di consentire alla Società la verifica dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato dovrà:

- produrre alla Società la documentazione - dalla stessa predisposta - debitamente compilata in tutte le sue parti dal medico che ha redatto il suddetto certificato;
- sottoporsi agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici disposti dalla Società stessa, nonché produrre copia della cartella clinica completa;

- fornire alla stessa ogni possibile informazione necessaria alla valutazione delle condizioni di non autosufficienza dell'Assicurato o della causa dello stato di non autosufficienza stessa.

Art. 17 - Accertamento dello stato di non autosufficienza da parte della Società

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta alla Società ed è concordato direttamente da quest'ultima – o da un perito appositamente incaricato – con il Contraente o con persona da questi designata.

La valutazione dello stato di non autosufficienza viene effettuata non oltre 90 giorni dalla data della denuncia.

Resta inteso che lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato dovrà essere confermato e consolidato in maniera definitiva e risultare tale da escludere ragionevolmente la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

Per la valutazione dello stato di non autosufficienza la Società provvederà alla quantificazione del relativo grado tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Qualora lo stato di non autosufficienza fosse correlato a disturbi mentali, comunque di origine organica, l'accertamento sarà effettuato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" di Folstein dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.

In caso di controversia sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, la Società e il Contraente hanno facoltà di risolvere la controversia secondo le modalità indicate dall'articolo 20. Resta inteso che, nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che – a giudizio sia del proprio medico sia di quello della Società – possa modificare positivamente i disturbi psico-fisici dell'Assicurato, la valutazione dello stato di non autosufficienza di quest'ultimo viene effettuata sulla base del grado di non autosufficienza che si sarebbe riscontrato se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto a detto trattamento e, dunque, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del citato trattamento terapeutico.

Art. 18 - Modifica dello stato di non autosufficienza

Qualora venga meno lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, quest'ultimo è tenuto, unitamente al Contraente, ad informarne la Società mediante comunicazione scritta, da inoltrarsi entro 30 giorni dal momento in cui tale stato è venuto meno.

In ogni caso la Società si riserva la facoltà di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato, attraverso medici di propria fiducia, richiedendo a tal proposito la documentazione idonea a valutare la permanenza dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato stesso.

L'accertamento da parte della Società del venir

meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato è attestato da comunicazione scritta indirizzata al Contraente e ai Beneficiari entro 30 giorni dall'accertamento stesso e comporta:

- entro il termine del periodo di differimento, il ripristino dell'obbligo in capo al Contraente al pagamento del premio; in tal caso il Contraente dovrà provvedere al pagamento del premio dovuto a partire dalla ricorrenza, anche infrannuale, della data di decorrenza immediatamente successiva al ricevimento della comunicazione della Società;

- successivamente al termine del periodo di differimento, la sospensione dell'erogazione delle prestazioni assicurate di cui all'articolo 1.

La Società si riserva il diritto di recuperare:

- i premi dovuti e non pagati dal Contraente successivamente al venir meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, fatto salvo quanto disposto all'articolo 22;

- le eventuali rate di rendita corrisposte successivamente al venir meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

L'eventuale rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli sanitari periodici atti a valutare la permanenza del proprio stato di non autosufficienza comporterà il ripristino dell'obbligo al pagamento del premio dovuto a partire dalla ricorrenza, anche infrannuale, della data di decorrenza successiva alla richiesta di accertamento inevasa ovvero l'immediata sospensione nell'erogazione della rendita.

Art. 19 - Adempimenti periodici

La Società si riserva il diritto di chiedere periodicamente l'esibizione di un documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato.

Tale documento dovrà essere indirizzato annualmente alla Società in caso di accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Qualora la Società abbia iniziato a corrispondere le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1, il rifiuto di esibire la documentazione suddetta comporterà la sospensione nell'erogazione della rendita.

In caso di decesso dell'Assicurato, dovrà essere indirizzata alla Società, entro 30 giorni, apposita comunicazione.

La Società si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di rendita corrisposte successivamente al decesso dell'Assicurato.

Art. 20 - Collegio Arbitrale

Il Contraente ha la facoltà di ricorrere ad un Collegio Arbitrale entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della Società contenente rispettivamente il rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato o l'accertamento del venir meno dello stato di non autosufficienza del medesimo.

Il ricorso al Collegio Arbitrale deve essere comunicato alla Società mediante lettera raccomandata.

Il Collegio Arbitrale sarà composto da tre medici, dei quali uno nominato dalla Società, uno dal Contraente ed il terzo indipendente scelto di comune accordo tra le parti. In caso di man-

cato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al presidente del Tribunale competente in funzione del luogo di residenza del Contraente.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro un termine di 30 giorni, disponendo i necessari accertamenti sanitari.

Ciascuna delle parti sostiene le spese e gli onorari del proprio medico, nonché la metà di quelle del terzo medico. Gli eventuali ulteriori oneri resteranno a carico della parte soccombente.

Resta inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.

Resta inteso altresì che il ricorso al Collegio Arbitrale non pregiudica la facoltà del Contraen-

te di adire le vie legali.

Art. 21 - Franchigia

La Società si impegna a corrispondere le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1, previo accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato ai sensi dell'articolo 12, trascorso un periodo di franchigia di 90 giorni dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza.

Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza venga accertato dalla Società successivamente al termine del periodo di franchigia, le eventuali rate di rendita dovute e corrisposte tardivamente verranno aumentate degli interessi moratori calcolati secondo le modalità indicate nell'articolo 26.

PARTE QUARTA - VICENDE CONTRATTUALI

Art. 22 - Mancato pagamento del premio: risoluzione e riduzione

Il mancato pagamento del premio, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina i seguenti effetti:

- a) qualora il Contraente abbia pagato meno di cinque annualità di premio, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società;
- b) qualora il Contraente abbia pagato almeno cinque annualità di premio, il contratto rimane in vigore per le seguenti prestazioni:
 - nel caso siano state corrisposte almeno dieci annualità di premio, il contratto rimane in vigore – senza pagamento di ulteriori premi – per una rendita ridotta che si determina moltiplicando la rendita assicurata, quale risulta all'anniversario immediatamente precedente la data di interruzione del pagamento del premio, per il rapporto tra il numero delle annualità di premio pagate, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, ed il numero delle annualità di premio pattuite;
 - diversamente, ovvero nel caso siano state corrisposte meno di dieci annualità di premio, la rendita ridotta, determinata con gli stessi criteri indicati al capoverso precedente, viene diminuita dell'8%.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza, la rendita ridotta verrà rivalutata nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione.

Art. 23 - Ripresa del pagamento del premio: riattivazione

Entro sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto, riprendendo il pagamento del premio, previo pagamento di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione e del periodo intercorso tra la data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato e quella di riattivazione.

È fatto salvo quanto disposto dall'articolo 9. Per saggio annuo di riattivazione si intende il saggio che si ottiene moltiplicando per 1,025 la

misura annua di rivalutazione fissata a norma del punto A della Clausola di Rivalutazione all'anniversario della data di decorrenza immediatamente precedente o coincidente con la data in cui ciascun premio arretrato avrebbe dovuto essere pagato, e sommando al risultato così ottenuto 2,5 punti percentuali, con un minimo del saggio legale di interesse.

Trascorsi sei mesi dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, la riattivazione può avvenire solo previa accettazione espressa della Società, che si riserva di decidere circa la riattivazione del contratto previa verifica dello stato di salute dell'Assicurato. La riattivazione del contratto effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1, con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorso un anno dalla data in cui il pagamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, il contratto non può più essere riattivato.

Art. 24 - Riscatto

Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto.

Art. 25 - Riscatto speciale

Accertata la non autosufficienza dell'Assicurato e prima che inizi l'erogazione delle prestazioni assicurate di cui all'articolo 1, il Contraente ha facoltà di chiedere alla Società la corresponsione delle stesse in forma di capitale, qualora il 70% dell'importo della rendita vitalizia su base annua risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale di cui all'articolo 3, commi 6 e 7 della Legge 8 agosto 1995, n. 335.

L'importo derivante dalla conversione in capitale della rendita vitalizia verrà comunicato dalla Società a richiesta prima che abbia luogo la conversione stessa.

Art. 26 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa o all'Agenzia competente, unitamente alla richiesta scritta di liquidazione delle prestazioni, i documenti di seguito indicati:

- fotocopia di un valido documento di identità del/i percipiente/i;
- documentazione indicata al precedente articolo 16.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Fermo restando quanto stabilito all'articolo 21, la Società provvede alla corresponsione della prima rata di rendita in forma posticipata, de-

corso un termine di trenta giorni.

Le rate di rendita successive verranno pagate alle rispettive ricorrenze mensili.

Qualora il pagamento di una o più rate di rendita venga effettuato tardivamente, la Società riconoscerà interessi moratori calcolati in base al tasso di interesse legale per il periodo compreso tra la data in cui ogni singola rata di rendita avrebbe dovuto essere corrisposta e la data di effettiva liquidazione delle stesse.

CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

A - Misura della rivalutazione

Entro il 31 dicembre di ciascun anno la Società dichiara il rendimento da attribuire agli Assicurati.

Tale rendimento si ottiene moltiplicando il rendimento di cui al punto 3 del Regolamento della gestione speciale VITARIV per l'aliquota di partecipazione dell'80%.

Il rendimento attribuito non può in ogni caso risultare superiore al rendimento della gestione speciale VITARIV diminuito di un punto.

La misura annua di rivalutazione della rendita si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso del 2,5% (vale a dire dividendo per 1,025) la differenza fra il rendimento attribuito ed il suddetto tasso del 2,5% già conteggiato nel calcolo del premio.

B - Rivalutazione della rendita assicurata

Ad ogni anniversario della data di decorrenza, la rivalutazione della rendita viene effettuata aumentando la rendita assicurata all'anniversario immediatamente precedente di un importo pari al prodotto di quest'ultima per la misura di rivalutazione fissata a norma del punto A.

La Società si impegna a comunicare al Contraente l'importo della rendita comprensivo della rivalutazione intervenuta.

C - Rivalutazione del premio

A fronte della rivalutazione della rendita assicurata, il premio viene aumentato nella stessa misura prevista per la rendita assicurata.

Il nuovo importo di premio si ottiene aumentando il premio dovuto all'anniversario immediatamente precedente di un importo pari al prodotto di quest'ultimo per la misura di rivalutazione fissata a norma del punto A.

D - Rinuncia alla rivalutazione del premio

A condizione che siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza, il Contraente ha facoltà di rinunciare, in via definitiva, alla rivalutazione del premio. La rinuncia alla rivalutazione del premio ha effetto dall'anniversario della data di decorrenza immediatamente successivo alla data di ricevimento da parte della Società della richiesta di rinuncia.

La rinuncia alla rivalutazione del premio comporta una rivalutazione della rendita da effettuarsi ad ogni anniversario della data di decorrenza con le seguenti modalità:

- per tutta la durata del periodo di differimento, e semprechè non sia stato accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, la rendita assicurata all'anniversario della data di decorrenza immediatamente precedente la data della richiesta di rinuncia viene aumentata di un importo ottenuto moltiplicando la suddetta rendita per la misura di rivalutazione, fissata a norma del punto A, ridotta nella proporzione in cui il numero degli anni trascorsi sta al numero degli anni di durata del periodo di differimento;
- a partire dal termine del periodo di differimento, la rendita assicurata viene rivalutata con le stesse modalità fissate a norma del punto B.

In caso di accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro il termine del periodo di differimento, la rivalutazione della rendita viene effettuata per tutta la durata residua del periodo di differimento con le stesse modalità fissate a norma del punto B.

Successivamente al termine del periodo di differimento e durante il periodo di erogazione, la rivalutazione della rendita viene effettuata con le modalità fissate a norma del punto B.

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SPECIALE VITARIV

- 1 - Viene attuata una gestione speciale degli investimenti per le assicurazioni rivalutabili, separata da quella delle altre attività della Società, che viene contraddistinta con il nome "VITARIV - GESTIONE SPECIALE ASSICURAZIONI RIVALUTABILI" ed indicata nel seguito con la sigla VITARIV.
Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per le assicurazioni che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento di VITARIV.
La gestione di VITARIV è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo con la Circolare N. 71 del 26/3/1987, e si atterrà ad eventuali successive modificazioni.
 - 2 - La gestione di VITARIV è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di Revisione iscritta all'Albo di cui al D.lgs. 24 febbraio 1998 n. 58, la quale attesta la rispondenza di VITARIV al presente regolamento.
In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite a VITARIV, il rendimento annuo di VITARIV, quale descritto al seguente punto 3 e l'adeguatezza di ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società sulla base delle riserve matematiche.
 - 3 - Il rendimento annuo di VITARIV per l'esercizio relativo alla certificazione, si ottiene riportando il risultato finanziario di VITARIV, di competenza di quell'esercizio, al valore medio di VITARIV stesso.
Per risultato finanziario di VITARIV si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio - compresi gli utili e le perdite di realizzo per la quota di competenza di VITARIV - al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese specifiche degli investimenti.
Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore d'iscrizione delle corrispondenti attività in VITARIV e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato, all'atto dell'iscrizione in VITARIV, per i beni già di proprietà della Società.
Per valore medio di VITARIV si intende la somma della giacenza media annua dei depositi in numerario presso gli Istituti di Credito, della consistenza media annua degli investimenti in titoli e della consistenza media annua di ogni altra attività di VITARIV.
La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione in VITARIV.
Ai fini della determinazione del rendimento annuo di VITARIV l'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1 ottobre fino al 30 settembre dell'anno successivo.
 - 4 - La Società si riserva di apportare al punto 3 di cui sopra, quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di cambiamenti nell'attuale legislazione fiscale.
-



Società per Azioni - Fondata nel 1975 - Capitale Sociale interamente versato € 114.400.000,00
Sede Sociale e Direzione Generale: 20122 Milano, Corso Italia 23 - Telefono 02.72.16.1 - Telefax 02.72.16.53.04
Registro imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 02914890153 - REA di Milano n. 907713
Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministero 01.08.1979