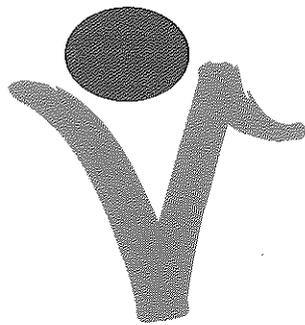


soloperte



Bipiemme Vita

La Compagnia di Assicurazione del Gruppo  **Banca Popolare di Milano**

Nota Informativa	pag. 1
Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996 N. 675	pag. 7
Definizioni	pag. 9
Condizioni di Assicurazione	pag.10
Allegato A	pag.16
Appendice 1	pag.17

NOTA INFORMATIVA

(da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della polizza)

PREMESSA

L'informativa precontrattuale e in corso di contratto, relativa alla tipologia di polizza di seguito descritta, è regolata da specifiche disposizioni emanate dall'ISVAP.

La presente nota informativa non è soggetta al preventivo controllo da parte dell'ISVAP.

1. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETA'

1.1 DENOMINAZIONE SOCIALE, FORMA GIURIDICA E INDIRIZZO

BipiemmeVita S.p.A. è una Società per Azioni con sede legale in Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 17.3.1994 (G.U. n. 68 del 23/03/1994) esteso con provvedimento ISVAP n. 1208 del 07/07/1999 (G.U. n. 164 del 15/07/1999).

L'indirizzo della sede legale è: **Galleria de Cristoforis, 1 - 20122 Milano.**

Bipiemme Vita S.p.A. verrà di seguito definita anche come Società o Compagnia.

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Il contratto qui descritto viene denominato: Assicurazione a vita intera a premio costante temporaneo con rivalutazione annua della rendita - Tariffa 10 LT.

2.1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

La copertura di cui al presente contratto prevede, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza nel corso del rapporto contrattuale, la corresponsione allo stesso di una rendita vitalizia mensile anticipata rivalutabile.

Lo stato di non-autosufficienza può essere causato da un infortunio, da una malattia o semplicemente da senescenza.

La rendita verrà corrisposta con periodicità mensile, non prima che siano decorsi 3 mesi (periodo di franchigia) dalla data di attestazione medica dello stato di non-autosufficienza resa in sede di denuncia.

Preliminarmente alla conclusione del contratto, l'Assicurato è tenuto a compilare un Questionario Anamnestico, relativo al proprio stato di salute e alla propria attività professionale, che costituisce parte integrante del contratto. Per rendite mensili di importi superiori a Euro 1.500 è prevista, oltre a quanto sopra esposto, l'effettuazione di una visita medica presso un medico di fiducia scelto dallo stesso Assicurato e tutti gli accertamenti sanitari necessari.

È di fondamentale importanza che le dichiarazioni inerenti lo stato di salute e le attività professionali dell'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive legittime contestazioni da parte della Società, che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento della rendita assicurata.

La Società si riserva comunque la facoltà di accettare il rischio a suo insindacabile giudizio.

Il Contraente ha la possibilità di scegliere l'importo della rendita mensile tra i 6 livelli esposti nella seguente tabella. La prestazione scelta verrà riportata sul modulo di proposta:

Livello della prestazione assicurata	Rendita mensile iniziale
1	€ 500
2	€ 1.000
3	€ 1.500
4	€ 2.000
5	€ 2.500
6	€ 3.000

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare un premio annuo costante per un numero di anni scelto al momento della sottoscrizione del contratto con un minimo di 5.

Inoltre è previsto che, qualora l'importo annuo della rendita, in caso di prestazione ridotta, risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale di cui all'Art. 3 della L. 8 agosto 1995, n. 335, commi 6 e 7, l'Assicurato possa richiedere la liquidazione dell'intero importo maturato sotto forma di capitale.

2.2 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

Si intende per stato di non-autosufficienza dell'Assicurato l'impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente di compiere, senza l'assistenza di una terza persona, le seguenti "attività ordinarie della vita quotidiana" - **ADL - Activities of Daily Living** qui di seguito elencate:

- 1) 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;
- 2) vestirsi e svestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
- 3) mangiare e bere: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri e di bere;
- 4) andare in bagno e usarlo: capacità di andare in bagno e di usarlo e di mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
- 5) continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali;
- 6) spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa.

Lo stato di non-autosufficienza insorge in dipendenza del livello di gravità: impossibilità a compiere 3 ADL su 6.

Sono incluse nella copertura tutte le patologie nervose o mentali dovute a causa organica (per esempio il morbo di Alzheimer e di Parkinson). La perdita delle capacità mentali viene definita come perdita della capacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si deve manifestare con l'incapacità di badare a se stessi senza la supervisione continua da parte di un'altra persona.

2.3 - DURATA DEL CONTRATTO, ETÀ ALL'INGRESSO, CESSAZIONE DEGLI EFFETTI DELLA GARANZIA

La garanzia per il rischio di non-autosufficienza è stipulata a vita intera, cioè senza una scadenza alla sua validità: la Compagnia riconosce lo stato di non-autosufficienza in qualunque epoca questo si verifichi, fatto salvo quanto specificatamente indicato nel seguito di questo contratto.

Il Contraente è tenuto alla corresponsione di un premio annuo costante per tutta la durata dei premi da lui stesso scelta al momento della sottoscrizione del contratto.

L'età dell'Assicurato nel momento in cui viene stipulata la presente garanzia deve rispettare le seguenti condizioni:

- età minima pari a 20 anni;
- età massima pari a 65 anni;

Per età si intende l'età assicurativa; tale età è calcolata maggiorando di un anno l'età compiuta in anni interi, se la frazione di anno trascorsa dall'ultimo compleanno è superiore a 6 mesi. Altrimenti è pari all'età compiuta.

In caso di decesso dell'Assicurato, senza che sia insorto lo stato di non-autosufficienza e prima del termine del periodo di pagamento dei premi, verrà liquidato, al Beneficiario in caso di morte, un importo uguale al premio annuo netto pattuito, moltiplicato per il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio e rivalutato nella proporzione in cui la rendita assicurata, quale risulta rivalutata all'anniversario della data di decorrenza della polizza che precede la data del decesso, sta a quella inizialmente assicurata.

In caso di decesso dell'Assicurato dopo il termine del periodo di pagamento dei premi il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia. Nel caso in cui fosse già in corso il pagamento della rendita di non-autosufficienza, se ne interrompe la corresponsione.

Non è prevista per la Compagnia la facoltà di recesso, fermo quanto previsto al punto 2.8) in caso di mancato pagamento della prima annualità intera di premio.

2.4 - CONCLUSIONE ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto è concluso nel momento in cui la polizza sia stata sottoscritta dalle parti ed il Contraente abbia ricevuto conferma scritta dell'accettazione del rischio da parte della Società. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del primo giorno del secondo mese successivo alla stipula del contratto se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati ovvero, se pagati successivamente, dalle ore 24 del giorno di pagamento.

A seguito dell'analisi del Questionario Anamnestico – e, quando prevista, dal risultato della visita medica – che costituisce parte integrante della proposta di adesione, Bipiemme Vita comunica al Contraente:

- a) di aver accettato la proposta di adesione;
- b) di non aver accettato la proposta di adesione.

Nel caso b) la garanzia non avrà effetto.

Fermo quanto sopra previsto, la garanzia decorre dopo che siano trascorsi i termini di aspettativa stabiliti al successivo Art.2.10.

2.5 - DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta fino a quando il contratto non è concluso, inviando comunicazione scritta alla Direzione Generale della Compagnia, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione scritta di revoca della proposta, rimborserà al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, senza trattenuta alcuna.

2.6 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, inviando comunicazione scritta alla Direzione Generale della Compagnia, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento. La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la relativa comunicazione. La Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, trattenendo le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto pari a € 6 in caso di premio annuo e a € 0,50 in caso di premio mensile.

2.7 - MODALITÀ E PERIODICITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI

Il Contraente è tenuto alla corresponsione di un premio annuo costante per una durata subordinata contemporaneamente alle condizioni di seguito riportate:

- l'età dell'Assicurato, in sede di stipula del contratto, deve essere compresa tra 20 e 65 anni;
- la durata minima dei versamenti è pari a 5 anni;
- la durata massima dei versamenti è pari a 45 anni;
- l'età dell'Assicurato, al termine del periodo di pagamento dei premi, deve essere non superiore a 85 anni.

Per importi netti annui, uguali o superiori a € 1.300, il premio può essere corrisposto anche in rate mensili. In tal caso la maggiorazione del costo è pari al 3%.

Il premio annuo viene determinato nel suo ammontare in funzione del livello della prestazione di rendita prescelto, del sesso e dell'età dell'Assicurato, della durata dei pagamenti scelta.

Su ogni premio periodico versato, la Compagnia trattiene inoltre un importo fisso a titolo di diritti, pari a € 6 per versamenti annui e a € 0,50 per versamenti mensili.

Nel momento in cui si verifica lo stato di non-autosufficienza il pagamento del premio viene sospeso.

Le rate di premio saranno corrisposte attraverso l'addebito del relativo importo sul conto corrente bancario o sul libretto di risparmio nominativo che il Contraente intrattiene con la B.P.M. - Banca Popolare di Milano o sue controllate e collegate.

Nel caso in cui il Contraente concludesse il proprio rapporto con il citato Istituto di Credito, ha comunque il diritto a proseguire il contratto assicurativo continuando a versare i premi residui fino alla scadenza prestabilita del contratto. In questa ipotesi dovrà essere inviata comunicazione scritta alla Società indicando le nuove coordinate bancarie.

La Società provvederà ad emettere moduli RID di addebito sul nuovo conto corrente.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né abbia provveduto all'incasso a domicilio. È ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

2.8 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO (RISOLUZIONE E RIDUZIONE) E RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI (RIATTIVAZIONE)

Come previsto all'Art. 16 delle Condizioni di Assicurazione, è facoltà del Contraente di sospendere il pagamento dei premi con i seguenti effetti:

- se il numero di annualità di premio relative alla garanzia di non-autosufficienza è inferiore a tre, il contratto si estingue automaticamente con la perdita di quanto già versato, trascorsi 60 giorni dalla scadenza della prima rata non corrisposta;
- se il numero di annualità di premio corrisposte è almeno pari a tre, il Contraente ha diritto ad una prestazione di rendita ridotta.

Anche in questo caso è possibile richiedere successivamente il ripristino delle prestazioni originarie del contratto, entro 1 anno dalla scadenza della prima rata di premio insoluta come previsto all'Art. 16 delle Condizioni di Assicurazione.

2.9 - VARIAZIONE DEL PREMIO

A seguito di decisioni legislative o regolamentari aventi come conseguenza la modifica degli impegni della Compagnia, o nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio applicato alla presente polizza evidenzino un significativo scostamento rispetto all'andamento futuro previsto, la Compagnia si riserva il diritto di modificare il premio alla ricorrenza annuale di polizza. Il premio verrà modificato in funzione dell'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto.

La modifica verrà applicata all'intera categoria di contratti emessi alle medesime condizioni.

La Compagnia si impegna ad apportare modifiche di tariffa ad intervalli non inferiori a 5 anni dalla data di decorrenza del contratto.

Il nuovo premio non potrà comunque essere superiore a quello applicabile ai nuovi contratti per un'identica copertura assicurativa.

Il Contraente potrà comunque richiedere alla Compagnia le basi statistiche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.

La Compagnia comunica il nuovo importo del premio che intende applicare almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza.

Il Contraente che non intenda accettare tale incremento, deve rendere nota tale volontà alla Compagnia, o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto, mediante una comunicazione scritta, almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta di un importo pari alla differenza tra la rendita inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio. Quanto appena descritto verrà applicato anche in caso di termine del pagamento dei premi o di rendita precedentemente portata in riduzione di cui all'Art. 16.

Se il Contraente corrisponde il nuovo premio, si intende che tale comportamento vale come accettazione delle nuove condizioni proposte dalla Compagnia.

2.10 - CARENZA

La garanzia assicurativa è operante alle seguenti condizioni di carenza:

1. per gli stati di non-autosufficienza causati da infortunio: nessuna carenza;
2. per gli stati di non-autosufficienza causati da ogni altra causa: tre mesi.

2.11 - RIVALUTAZIONE ANNUALE DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

La rendita assicurata indicata in polizza viene rivalutata annualmente in base ai rendimenti conseguiti dalla Gestione Speciale BPM Sicurgest nella misura e secondo le modalità di seguito elencate.

A tal fine la Compagnia gestisce, secondo quanto previsto dal Regolamento della Gestione allegato alle Condizioni di Assicurazione (Appendice 1), attività di importo non inferiore alle riserve matematiche relative all'insieme dei contratti appartenenti alla Gestione stessa.

a) Misura della rivalutazione

La misura annua di rivalutazione si ottiene:

- moltiplicando il rendimento annuo realizzato dalla Gestione, come stabilito al punto 3) del Regolamento, per un'aliquota di partecipazione non inferiore all'80% del rendimento della Gestione;
- sottraendo il tasso tecnico del 2,5% già riconosciuto nel calcolo del premio;
- dividendo il risultato per un fattore pari a 1,025, ovvero scontando per un anno la differenza tra il tasso retrocesso ed il tasso tecnico stesso.

Gli effetti della rivalutazione sono evidenziati nel progetto esemplificativo personalizzato, con l'avvertenza che i valori esposti derivano da ipotesi esemplificative dei risultati futuri della Gestione e senza tenere conto degli effetti dell'inflazione.

Nel caso risultasse non positiva la misura annua di rivalutazione sarà posta pari a zero, non assegnando quindi per il periodo di rivalutazione in corso alcuna rivalutazione aggiuntiva rispetto alla misura del tasso di interesse precontato.

b) Rivalutazione della rendita assicurata

Ad ogni ricorrenza annuale di polizza, la rendita assicurata verrà rivalutata utilizzando la misura di rivalutazione definita al punto a).

La rendita rivalutata, fermo restando l'ammontare annuo del premio, sarà determinato sommando alla rendita in vigore nel periodo annuale precedente:

- un importo ottenuto moltiplicando la rendita inizialmente assicurata per la misura della rivalutazione ridotta nella proporzione in cui il numero degli anni trascorsi sta al numero dagli anni di durata contrattuale;
- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando per la misura della rivalutazione la differenza tra la rendita in vigore nel periodo annuale precedente e quello inizialmente assicurato.

Il valore rivalutato della prestazione assicurata verrà comunicato annualmente al Contraente.

2.12 - DIAGNOSI E LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza.

Una volta completate le verifiche e riconosciuto il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il termine di franchigia pari a 3 mesi (vedi Art. 11 delle Condizioni di polizza) a decorrere dalla data di insorgenza della non-autosufficienza rilevata nella certificazione medica allegata alla denuncia, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile in via anticipata. Il Contraente potrà sospendere il versamento dei premi relativi alla presente garanzia solo dopo aver ricevuto idonea comunicazione da parte della Compagnia, che rimborserà i premi eventualmente già corrisposti ma non dovuti.

2.13 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

La Compagnia si riserva la facoltà di procedere annualmente ad un controllo presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta, per la verifica dell'effettivo protrarsi dello stato di non-autosufficienza.

Potrà inoltre richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di salute. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o di fornire i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Il pagamento della rendita assicurata, nonché la sospensione dall'onere di pagamento dei premi, vengono del pari interrotti qualora si riscontri il venir meno dello stato di non-autosufficienza riconosciuto ai fini del diritto alla prestazione: in questo caso il Contraente è tenuto al pagamento del premio di polizza a partire da quello immediatamente successivo al ricevimento della relativa comunicazione da parte della Compagnia, anche se frazionato in rate sub-annuali. Il premio dovuto è quello che sarebbe stato pagato qualora non fosse intervenuto alcuno stato di non-autosufficienza.

Nel caso si verifichi nuovamente uno stato di non-autosufficienza, la Compagnia riprenderà il pagamento della rendita assicurata, secondo le regole indicate all'Art. 22 delle Condizioni generali.

3. RISCATTO

Il Contraente può richiedere il riscatto del contratto.

Le condizioni necessarie affinché la richiesta sia valida sono:

- effettuare la richiesta nel corso della durata del pagamento dei premi;
- che siano decorsi almeno tre anni dalla conclusione del contratto.

Il Contraente che intenda riscattare deve inviare una richiesta scritta mediante lettera raccomandata indirizzata alla Direzione Generale della Società.

Il valore di riscatto sarà pari al 60% della Riserva Matematica accantonata, calcolata alla data della richiesta di riscatto. Il contratto non è riscattabile nel periodo successivo al termine del pagamento dei premi.

4. DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'onere della denuncia dell'insorgenza dello stato di non-autosufficienza grava sull'Assicurato o su ogni altra persona in sua vece. La denuncia, nel termine di 3 mesi da quando ne siano venuti a conoscenza, deve essere resa in forma scritta a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata alla Società.

La denuncia – come previsto all'Art. 21 delle Condizioni di Assicurazione – va accompagnata dal modello liquidativo predisposto dalla Compagnia e compilato in tutte le sue parti dall'Assicurato o da chi ne fa le veci, dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato, e in particolare dal certificato del medico curante, o del medico ospedaliero, che espone lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

L'Assicurato si impegna a sottoporsi agli accertamenti medici ed a fornire tutta la documentazione sanitaria a sua disposizione per consentire alla Compagnia la verifica dello stato di non-autosufficienza.

La Compagnia si riserva inoltre il pieno e incondizionato diritto di fare qualsiasi accertamento riguardante lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato.

5. NORME A FAVORE DEL CONTRAENTE

5.1 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

Ai sensi dell'Art. 1923 cod. civ. le somme dovute dalla Compagnia non sono pignorabili né sequestrabili.

5.2 - CESSIONE

Il Contraente può cedere ad altri il contratto.

5.3 - REGOLE RELATIVE ALL'ESAME DEI RECLAMI

Il Contraente che non si ritenga pienamente soddisfatto del servizio ricevuto, può esporre le sue ragioni alla Direzione Generale della Società che è, in ogni caso, a disposizione per fornire tutti i chiarimenti utili. È comunque facoltà del Contraente presentare reclamo all'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) con sede in Roma 00187 - Via del Quirinale 21, quale organo a ciò preposto.

6. INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

6.1 - INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

La Compagnia comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, nel corso della durata contrattuale, con riferimento a denominazione sociale, forma giuridica ed indirizzo.

6.2 - INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

La Compagnia fornirà per iscritto al Contraente, nel corso della durata contrattuale, le informazioni di cui ai punti 2.1, 2.3, 2.7, 2.9, 2.11 e 3, qualora le stesse subiscano variazioni per la sottoscrizione di clausole aggiuntive al contratto oppure per intervenute modifiche nella legislazione ad esso applicabile.

6.3 - INFORMAZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI DEL CONTRATTO

La Compagnia comunicherà annualmente per iscritto al Contraente il valore raggiunto dalla rendita assicurata per la garanzia di non-autosufficienza.

7. REGIME FISCALE

7.1 - IMPOSTA SUI PREMI

I premi relativi al rischio di non-autosufficienza sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

7.2 - DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Le assicurazioni per il rischio di non-autosufficienza danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge (attualmente, una percentuale di detraibilità del 19% per un massimo di versamento annuo di 1.291,14 Euro).

7.3 - TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

La rendita vitalizia pagata per il caso di non-autosufficienza è esente dall'IRPEF.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 31.12.1996 N. 675

Ai sensi dell'Art. 10 della Legge 31.12.1996 n. 675 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI.

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte di Bipiemme Vita S.p.A. delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente l'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui Bipiemme Vita S.p.A. è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento, da parte di Bipiemme Vita S.p.A., delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Bipiemme Vita S.p.A. stessa.

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI.

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'Art. 1, comma 2, lett. b), della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione compresi modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento nonché da società di servizi, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento.

3. CONFERIMENTO DEI DATI.

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI.

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b) comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI.

- a) I dati personali possono essere comunicati – per finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM), legali, periti, autofficine, società di servizi a cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione);
- b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a Società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge).

6. DIFFUSIONE DEI DATI.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO.

I dati personali possono essere trasferiti verso paesi dell'Unione Europea e verso paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO.

L'Art. 13 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelleggibile, di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento, di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO.

Titolare del trattamento è Bipiemme Vita S.p.A., responsabile del trattamento è il dott. Giuseppe Giusto, Direttore Generale protempore di Bipiemme Vita S.p.A. L'elenco degli altri soggetti responsabili o incaricati a svolgere il trattamento dei dati (cfr. punto 2, lett. c) può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente facendone richiesta a Bipiemme Vita S.p.A.

DEFINIZIONI

Contraente: chi stipula il contratto con la Compagnia.

Assicurato: la persona al cui "stato di salute" è collegato il diritto alla prestazione assicurata.

Beneficiario: la persona a cui spetta la prestazione assicurata.

Compagnia o Società: Bipiemme Vita S.p.A.

Età assicurativa: è l'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di 6 mesi.

ADL - Activities of Daily Living: attività ordinarie della vita quotidiana, sintetizzate nelle voci:

1. 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;
2. vestirsi e svestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
3. mangiare e bere: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri e di bere;
4. andare in bagno e usarlo: capacità di andare in bagno ed usarlo e di mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
5. continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali;
6. spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa.

Non-autosufficienza: l'evento assicurato coincidente con lo stato di impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente dell'Assicurato di compiere, anche con l'aiuto di speciali apparecchiature, almeno 3 delle elencate ADL senza l'assistenza di una terza persona.

Perdita delle capacità mentali: vengono equiparate a non-autosufficienza le forme di demenza senile che causano in modo irreversibile la perdita delle capacità mentali (per esempio il morbo di Alzheimer e di Parkinson).

Accertamento della non-autosufficienza: data della certificazione medica dello stato di non-autosufficienza presentata e accertata dalla Compagnia in sede di denuncia.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza uno stato di non-autosufficienza.

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

Periodo di franchigia: periodo, a decorrere dalla data di accertamento, in cui le prestazioni non sono erogate.

Carenza: periodo, a decorrere dalla data di conclusione del contratto, in cui le prestazioni non sono attivate o sono concesse in forma ridotta.

Rendita: pagamenti mensili corrisposti ai Beneficiari.

Premio: importo dovuto dal Contraente alla Compagnia.

Premio netto: l'importo dovuto dal Contraente alla Compagnia al netto dei diritti e dell'addizionale di frazionamento.

Riserva matematica: importo accantonato dalla Compagnia per far fronte ai suoi obblighi contrattuali.

Tasso tecnico: la componente finanziaria utilizzata nel calcolo del tasso di premio quale anticipo delle rivalutazioni future.

GARANZIA DI NON-AUTOSUFFICIENZA (LONG TERM CARE INSURANCE)**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE****ART. 1 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ**

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla polizza e dalle appendici firmate dalla Società stessa. Per tutto quanto non espressamente regolato dal contratto valgono le norme di Legge.

ART. 2 - OGGETTO

La presente garanzia (Long Term Care Insurance) – come indicato all'Art. 13 – prevede, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza nel corso del rapporto contrattuale, la corrispondenza allo stesso di una rendita vitalizia mensile anticipata rivalutabile.

A fronte della prestazione garantita il Contraente si impegna a versare, secondo le modalità indicate all'Art. 15, un premio annuo costante per un numero di anni scelto al momento della sottoscrizione del contratto.

ART. 3 - CONCLUSIONE ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto è concluso nel momento in cui la polizza sia stata sottoscritta dalle parti ed il Contraente abbia ricevuto conferma scritta dell'accettazione del rischio da parte della Società. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 1° giorno del secondo mese successivo alla stipula del contratto se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati ovvero, se pagati successivamente, dalle ore 24 del giorno di pagamento.

A seguito dell'analisi del Questionario Anamnestico – e, quando prevista, del risultato della visita medica – che costituisce parte integrante della proposta di adesione, Bipiemme Vita S.p.A comunica al Contraente:

- a) di aver accettato la proposta di adesione;
- b) di non aver accettato la proposta di adesione.

Nel caso b) la garanzia non avrà effetto.

Fermo quanto sopra previsto, la garanzia decorre dopo che siano trascorsi i termini di aspettativa stabiliti al successivo Art. 10.

ART. 4 - DURATA DEL CONTRATTO

La garanzia descritta è un'assicurazione a vita intera, senza durata predefinita: la prestazione assicurata viene riconosciuta dalla Compagnia in qualunque epoca si verifichi lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, fatto salvo quanto specificatamente indicato nel seguito di questo contratto.

ART. 5 - DETERMINAZIONE DEL CAPITALE LIQUIDABILE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato, senza che sia insorto lo stato di non-autosufficienza e prima del termine del periodo di pagamento dei premi, verrà liquidato - al Beneficiario in caso di morte - un importo uguale al premio annuo netto pattuito, moltiplicato per il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio e rivalutato nella proporzione in cui la rendita assicurata, quale risulta rivalutata all'anniversario della data di decorrenza della polizza che precede la data del decesso, sta a quella inizialmente assicurata.

ART. 6 - CESSAZIONE DEGLI EFFETTI DEL CONTRATTO

In caso di decesso dell'Assicurato, dopo il termine del periodo di pagamento dei premi il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia. Nel caso in cui fosse già in corso il pagamento della rendita di non-autosufficienza, se ne interrompe la corrispondenza.

ART. 7 - DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione alla Direzione Generale della Società con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

Bipiemme Vita S.p.A. - Galleria de Cristoforis, 1 - 20122 - Milano.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di ricezione della comunicazione di recesso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della citata comunicazione di recesso la Società rimborserà al Contraente, previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, il premio da questi corrisposto diminuito della parte relativa al rischio corso per il periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

La Società ha inoltre il diritto di trattenere le spese sostenute per l'emissione del contratto pari a € 6 in caso di premio annuo e a € 0,50 in caso di premio mensile.

ART. 8 - PERSONE ASSICURABILI

Al momento della sottoscrizione della garanzia l'età minima assicurabile è di 20 anni, l'età massima è di 65 anni.

Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Società le circostanze a loro note, rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che la Società non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, si applicano gli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

La Società si riserva comunque ed a suo insindacabile giudizio di accettare o meno il rischio.

Sono assicurabili le sole persone fisiche che rispondano ai requisiti definiti tramite il Questionario Anamnestico da compilare e sottoscrivere, a cura dell'Assicurato, preliminarmente alla conclusione del contratto.

ART. 9 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non-autosufficienza dovuta a:

- dolo del Contraente e/o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra civile, tumulti e sommosse;
- alcolismo o dipendenza da droghe, a meno che le droghe consumate non siano prescritte da un medico abilitato alla professione;
- volontario rifiuto dell'Assicurato o negligenza, imprudenza ed imperizia nell'osservare prescrizioni mediche;
- contaminazione radioattiva o nucleare;
- tentato suicidio, lesioni o malattie provocate intenzionalmente;
- 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;
- infezione da HIV;
- malattie mentali e nervose di tipo non organico e che non risultino in un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana (ADL).

In questi casi la Società paga l'importo della Riserva Matematica calcolato a quel momento.

ART. 10 - CONDIZIONI DI CARENZA

La garanzia assicurativa è operante alle seguenti condizioni di carenza:

1. per gli stati di non-autosufficienza causati da infortunio, a partire dalla data di conclusione del contratto;
2. per gli stati di non-autosufficienza causati da ogni altra causa: 3 mesi.

ART. 11 - PERIODO DI FRANCHIGIA

La prestazione assicurata verrà corrisposta se perdura lo stato di non-autosufficienza dopo che sia trascorso il periodo di franchigia di 3 mesi. Tale termine decorre dalla data di accertamento dello stato di non-autosufficienza.

ART. 12 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

Si intende per stato di non-autosufficienza dell'Assicurato l'impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente di compiere, senza l'assistenza di una terza persona, le seguenti "attività ordinarie della vita quotidiana" - **ADL - Activities of Daily Living**.

ADL:

1. 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;
2. vestirsi e svestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
3. mangiare e bere: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri e di bere;
4. andare in bagno e usarlo: capacità di andare in bagno ed usarlo e di mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
5. continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali;
6. spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa.

Lo stato di non-autosufficienza viene individuato dalla impossibilità a compiere 3 ADL su 6.

Sono incluse nella copertura tutte le patologie nervose o mentali dovute a causa organica (per esempio il morbo di Alzheimer e di Parkinson). La perdita delle capacità mentali viene definita come perdita della capacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si deve manifestare con l'incapacità di badare a se stessi senza la supervisione continua da parte di un'altra persona.

ART. 13 - PRESTAZIONE ASSICURATA

Rendita vitalizia rivalutabile

All'insorgere dello stato di non-autosufficienza verrà erogata una rendita vitalizia mensile anticipata il cui valore iniziale viene prescelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto e viene rivalutato annualmente secondo la clausola di rivalutazione definita all'Art. 19.

Il Contraente può scegliere tra i 6 livelli esposti nella seguente tabella:

Livello della prestazione assicurata	Rendita mensile iniziale
1	€ 500
2	€ 1.000
3	€ 1.500
4	€ 2.000
5	€ 2.500
6	€ 3.000

La rendita, correlata al livello di gravità di non-autosufficienza indicato all'Art. 12, viene erogata con periodicità mensile anticipata, ed è rivalutata annualmente come descritto all'Art. 19.

Per rendite mensili di importo superiore a € 1.500 è prevista, oltre alla compilazione del Questionario Anamnestico, l'effettuazione di una visita medica presso un medico di fiducia scelto dallo stesso Assicurato e tutti gli accertamenti sanitari che la Società riterrà necessari.

Inoltre è previsto che, qualora – maturato il diritto alla prestazione – l'importo annuo della rendita risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale di cui all'Art. 3 della L. 8 agosto 1995, n. 335, commi 6 e 7, l'Assicurato possa richiedere la liquidazione della prestazione sotto forma di un capitale corrispondente.

Il rischio assicurato è assunto senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

ART. 14 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

In caso di dichiarazioni contrarie al vero o nel caso di omesse dichiarazioni di fatti conosciuti che riguardano circostanze rilevanti sulla determinazione del rischio, tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) quando esiste dolo o colpa grave ha diritto:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il primo anno.

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

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

In ogni caso, l'inesatta indicazione della data di nascita e del sesso dell'Assicurato comporta la rettifica, in base alla data di nascita ed al sesso effettivi, delle somme dovute.

ART. 15 - PREMIO E DURATA DEI PAGAMENTI

Il Contraente è tenuto alla corresponsione di un premio annuo costante per una durata subordinata contemporaneamente alle condizioni di seguito riportate:

- l'età dell'Assicurato in ingresso deve essere compresa tra 20 e 65 anni;
- l'età dell'Assicurato al termine del pagamento dei premi deve essere non superiore a 85 anni;
- la durata minima dei versamenti è pari a 5 anni;
- la durata massima dei versamenti è pari a 45 anni.

Per importi netti annui uguali o superiori a € 1.300, il premio può essere corrisposto anche in rate mensili. In tal caso la maggiorazione del costo è pari al 3%.

Il premio annuo viene determinato, nel suo ammontare, in funzione del livello della prestazione di rendita prescelto, del sesso e dell'età dell'Assicurato, della durata dei pagamenti.

Su ogni premio periodico versato, la Compagnia trattiene inoltre un importo fisso a titolo di diritti, pari a € 6 per versamenti annui e a € 0,50 per versamenti mensili.

Nel momento in cui si verifica lo stato di non-autosufficienza il pagamento del premio viene sospeso.

Le rate di premio saranno corrisposte attraverso l'addebito del relativo importo sul conto corrente bancario o sul libretto di risparmio nominativo che il Contraente intrattiene con la B.P.M. - Banca Popolare di Milano o sue controllate e collegate.

Nel caso in cui il Contraente concludesse il proprio rapporto con il citato Istituto di Credito, ha comunque il diritto a proseguire il contratto assicurativo continuando a versare i premi residui fino alla scadenza prestabilita del contratto. In questa ipotesi dovrà essere inviata comunicazione scritta alla Società indicando le nuove coordinate bancarie.

La Società provvederà ad emettere moduli RID di addebito sul nuovo conto corrente.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né abbia provveduto all'incasso a domicilio. È ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

ART. 16 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: RISOLUZIONE E RIDUZIONE

È facoltà del Contraente di sospendere il pagamento dei premi. Nel caso in cui il Contraente non completi interamente le prime tre annualità di premio, la prestazione assicurata di cui all'Art. 13 è sospesa a decorrere dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza della rata insoluta. In tal caso la garanzia si estingue ed i premi già versati restano acquisiti alla Compagnia fermo restando quanto previsto dal successivo Art.17. Qualora il pagamento del premio venga interrotto dopo che siano state corrisposte almeno tre annualità, la garanzia resta in vigore per una prestazione ridotta.

La rendita ridotta pagabile alla scadenza del contratto si ottiene moltiplicando la rendita inizialmente assicurata per il rapporto tra il numero dei premi pagati, comprese le eventuali frazioni di anno ed il numero dei premi pattuiti, ed aggiungendo al risultato così ottenuto la differenza tra la rendita rivalutata all'anniversario che precede la data di interruzione del pagamento dei premi e la rendita inizialmente assicurata.

Ad ogni ricorrenza annuale di contratto la rendita ridotta viene rivalutata secondo le modalità indicate all'Art.19 lettera a).

ART. 17 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

La garanzia sospesa o ridotta può essere riattivata entro 1 anno dalla scadenza del premio non corrisposto mediante richiesta scritta da presentare alla Compagnia o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto. Qualora siano trascorsi 180 giorni dalla rata di premio non pagata, la Compagnia si riserva la facoltà di chiedere nuovi accertamenti sanitari.

La riattivazione viene concessa dietro pagamento delle rate di premio arretrate aumentate degli interessi conteggiati tra la scadenza di ciascuna rata e la data di riattivazione. Gli interessi sono calcolati nella misura pari al tasso di rivalutazione annuo, di cui all'Art. 19 lettera a) e comunque con il minimo del tasso di interesse legale.

ART. 18 - VARIAZIONE DEL PREMIO

A seguito di decisioni legislative o regolamentari aventi come conseguenza la modifica degli impegni della Compagnia o nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio applicato alla presente polizza evidenzino un significativo scostamento rispetto all'andamento futuro previsto, la Compagnia si riserva il diritto di modificare il premio alla ricorrenza annuale di polizza. Il premio verrà modificato in funzione dell'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto.

La modifica verrà applicata all'intera categoria di contratti emessi alle medesime condizioni.

La Compagnia si impegna ad apportare modifiche di tariffa ad intervalli non inferiori a 5 anni dalla data di decorrenza del contratto.

Il nuovo premio non potrà comunque essere superiore a quello applicabile ai nuovi contratti per un'identica copertura assicurativa.

Il Contraente potrà comunque richiedere alla Compagnia le basi statistiche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.

La Compagnia comunica il nuovo importo del premio che intende applicare almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza.

Il Contraente che non intenda accettare tale incremento, deve rendere nota tale volontà alla Compagnia, o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto, mediante una comunicazione scritta, almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale della polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene

diminuita di un importo pari alla differenza tra la rendita inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio. Quanto appena descritto verrà applicato anche in caso di termine del pagamento dei premi o di rendita precedentemente portata in riduzione di cui all'Art. 16.

Se il Contraente corrisponde il nuovo premio, si intende che tale comportamento valga come accettazione delle nuove condizioni proposte dalla Compagnia.

ART. 19 - RIVALUTAZIONE ANNUALE DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

La rendita assicurata indicata in polizza viene annualmente rivalutata in base ai rendimenti conseguiti dalla Gestione Speciale BPM Sicurgest nella misura e secondo le modalità di seguito elencate.

A tal fine la Compagnia gestisce, secondo quanto previsto dal Regolamento della Gestione allegato al presente contratto (Appendice 1), attività di importo non inferiore alle riserve matematiche relative all'insieme dei contratti appartenenti alla Gestione stessa.

a) Misura della rivalutazione

La misura annua di rivalutazione si ottiene:

- moltiplicando il rendimento annuo realizzato dalla Gestione, come stabilito al punto 4 del Regolamento, per un'aliquota di partecipazione non inferiore all'80% del rendimento della Gestione;
- sottraendo il tasso tecnico del 2,5% già riconosciuto nel calcolo del premio;
- dividendo il risultato per un fattore pari a 1,025, ovvero scontando per un anno la differenza tra il tasso retrocesso ed il tasso tecnico stesso.

Nel caso risultasse non positiva, la misura annua di rivalutazione sarà posta pari a zero, non assegnando quindi per il periodo di rivalutazione in corso alcuna rivalutazione aggiuntiva rispetto alla misura del tasso di interesse precontato.

b) Rivalutazione della rendita assicurata

Ad ogni ricorrenza annuale di polizza, la rendita assicurata verrà rivalutata utilizzando la misura di rivalutazione definita al punto a).

La rendita rivalutata, fermo restando l'ammontare annuo del premio, sarà determinata sommando alla rendita in vigore nel periodo annuale precedente:

- un importo ottenuto moltiplicando la rendita inizialmente assicurata per la misura della rivalutazione ridotta nella proporzione in cui il numero degli anni trascorsi sta al numero degli anni di durata pagamento premi;
- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando per la misura della rivalutazione la differenza tra la rendita in vigore nel periodo annuale precedente e quello inizialmente assicurato.

Il valore rivalutato della prestazione assicurata verrà comunicato annualmente al Contraente.

ART. 20 - RISCATTO

Il Contraente, nel corso della durata del pagamento dei premi, può richiedere il riscatto del contratto, purché siano decorsi almeno tre anni dalla conclusione del contratto.

Il Contraente che intenda riscattare deve inviare una richiesta scritta mediante lettera raccomandata indirizzata alla Direzione Generale della Società.

Il valore di riscatto sarà pari al 60% della Riserva Matematica accantonata, calcolata alla data della richiesta di riscatto. Il contratto non è riscattabile nel periodo successivo al termine del pagamento dei premi.

ART. 21 - DENUNCIA DI SINISTRO E ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

L'Assicurato o altre persone in sua vece, debbono comunicare alla Compagnia il verificarsi dello stato di non-autosufficienza, entro 3 mesi da quando ne siano venuti a conoscenza.

La denuncia va resa a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a Bipiemme Vita S.p.A, Galleria de Cristoforis 1- 20122 Milano. Tuttavia, sempre nei termini e nei modi sopraindicati, la denuncia potrà essere fatta pervenire tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto.

La denuncia va accompagnata dal modello liquidativo predisposto dalla Compagnia e compilato in tutte le sue parti dall'Assicurato o da chi ne fa le veci, dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato e in particolare dal certificato del medico curante, o del medico ospedaliero, che espone lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, la data della sua sopravvivenza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In caso di difficoltà di accertamento dello stato di non-autosufficienza, la Compagnia potrà richiedere, se ritenuti necessari ai fini della valutazione dello stato di non-autosufficienza, ulteriori accertamenti e tutta la documentazione sanitaria a disposizione dell'Assicurato.

ART. 22 - MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza, sempreché siano stati ottemperati gli obblighi di denuncia di cui all'Art. 21.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza e quindi il diritto alla prestazione assi-

curata, e purché sia decorso il periodo di franchigia di cui all'Art. 11, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile rivalutabile in via anticipata.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.

Con riferimento all'esonero dal versamento dei premi successivi alla data di accertamento, così come previsto dall'Art. 15, il Contraente deve attendere il riconoscimento del diritto alla prestazione da parte della Compagnia, che provvede al rimborso dei premi eventualmente già corrisposti.

ART. 23 - BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Il Beneficiario della prestazione di rendita è la persona designata dal Contraente.

Il Contraente designa il Beneficiario della rendita e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

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

La designazione del beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o fatte per testamento.

ART. 24 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

La Compagnia si riserva la facoltà di procedere annualmente ad un controllo presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta, per la verifica dell'effettivo protrarsi dello stato di non-autosufficienza. Potrà inoltre richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di salute.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o di comunicare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Il pagamento della rendita assicurata, nonché la sospensione dall'onere di pagamento dei premi, vengono del pari interrotti qualora si riscontrino il venir meno dello stato di non-autosufficienza riconosciuto ai fini del diritto alla prestazione: in questo caso il Contraente è tenuto al pagamento del premio di polizza a partire da quello immediatamente successivo al ricevimento della relativa comunicazione da parte della Compagnia, anche se frazionato in rate sub-annuali. Il premio dovuto è quello che sarebbe stato pagato qualora non fosse intervenuto alcuno stato di non-autosufficienza.

Nel caso si verifichi nuovamente uno stato di non-autosufficienza, la Compagnia riprenderà il pagamento della rendita assicurata, secondo le regole indicate agli Artt. 11 e 12.

ART. 25 - COLLEGIO MEDICO ARBITRALE

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di non-autosufficienza o sulla durata dello stato di non-autosufficienza, possono essere demandate, per iscritto, ad un Collegio di tre medici esperti in gerontologia o in neurologia, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza del Contraente.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

Viene fatto salvo il diritto delle parti di adire le vie giudiziali ordinarie.

ART. 26 - IMPOSTE E TASSE

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari.

ART. 27 - CESSIONE

Il contratto può essere ceduto ad altri dal Contraente.

Tale fatto diventa efficace quando la Società ne fa annotazione sul documento di polizza o su appendice.

ART. 28 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia riguardante l'esecuzione del presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui il Contraente ha la residenza o ha eletto domicilio.

ALLEGATO A

ACCERTAMENTI SANITARI PER L'ASSUNZIONE DELLA RENDITA A GARANZIA DELLA PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA

RENDITA ANNUA DA ASSICURARE

ACCERTAMENTI SANITARI

Fino a € 18.000 annui

Questionario Anamnestico

Oltre € 18.000 e fino a € 36.000 annui

- visita medica con compilazione del "Rapporto di visita medica";
 - esame delle urine in laboratorio;
 - ECG a riposo e sotto sforzo;
 - esami del sangue: emocromo completo con formula e piastrine, VES, glicemia, gamma GT, GPT, GOT, fosfatasi alcalina, uricemia, markers epatite B e C, colesterolo totale, HDL e LDL, trigliceridi e creatinemia, colinesterasi oppure Quick;
 - test HIV.
-

In caso di difficoltà di accertamento dello stato di non-autosufficienza, la Compagnia potrà richiedere, se ritenuti necessari ai fini della valutazione dello stato di non-autosufficienza, ulteriori accertamenti e tutta la documentazione sanitaria a disposizione dell'Assicurato.

APPENDICE 1

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SPECIALE BPM SICURGEST

Articolo 1

Viene attuata una speciale forma di gestione patrimoniale, separata da quella delle altre attività della Società, che viene contraddistinta con il nome "BPM SICURGEST".

Articolo 2

In tale gestione BPM SICURGEST, in seguito anche "Gestione", confluiranno le attività relative alle forme di assicurazione sulla vita che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento della gestione medesima. Le attività ivi gestite, rientranti tra quelle previste dalle norme di legge che disciplinano i modi di impiego delle riserve matematiche, non saranno inferiori all'ammontare delle riserve matematiche dei contratti collegati alla gestione medesima. La gestione è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo con la circolare n. 71 del 26 marzo 1987 e successive modifiche e integrazioni e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

Articolo 3

La gestione BPM SICURGEST è annualmente sottoposta a revisione contabile, da parte di una Società di Revisione iscritta all'albo speciale tenuto dalla Consob ai sensi dell'Art. 161 del D.Lgs. 24 febbraio 1998, n. 58, la quale attesta la rispondenza della gestione stessa al presente regolamento. In particolare, sono soggetti a certificazione:

la corretta valutazione delle attività attribuite alla gestione, il rendimento annuo conseguito dalla gestione quale descritto al successivo articolo 4 e l'adeguatezza dell'ammontare delle attività stesse a fronte degli impegni assunti sulla base delle riserve matematiche.

Articolo 4

Il rendimento annuo della gestione, per l'esercizio relativo alla certificazione, si ottiene rapportando il risultato finanziario della gestione di competenza di quell'esercizio, al valore medio della gestione stessa del corrispondente periodo.

Per risultato finanziario si intendono i proventi finanziari di competenza dell'esercizio, compresi gli utili e le perdite di realizzo al lordo delle ritenute d'acconto fiscali ed al netto delle spese specifiche degli investimenti e degli onorari dovuti alla Società di Revisione. Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nella Gestione e cioè al prezzo d'acquisto per i beni di nuova acquisizione e al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nella gestione per i beni già di proprietà della Società.

Per valore medio si intende la somma della giacenza media annua dei depositi in numerario, della consistenza media annua degli investimenti in titoli nonché della consistenza media annua di ogni altra attività della gestione, determinata in base al valore di iscrizione.

Articolo 5

Ai fini della determinazione del rendimento annuo di cui all'articolo precedente, l'esercizio decorre dal 1° novembre dell'anno precedente fino al 31 ottobre dell'anno di certificazione.

Articolo 6

La Società si riserva di apportare al precedente articolo 4 quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di modifiche della vigente legislazione fiscale.



Bipiemme Vita

La Compagnia di Assicurazione del Gruppo

 **Banca Popolare di Milano**

Sede Sociale: Galleria de Cristoforis, 1 - 20122 Milano
telefoni 027700.2471 - 2405 - 5907 Fax 027700.5903

Società per Azioni

Capitale Sociale € 24.000.000 interamente versato

Iscritta al registro delle imprese di Milano al n. 329688

Tribunale di Milano - R.E.A. n. 1403170

Codice Fiscale e Partita IVA n. 10769290155

autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 17 marzo 1994