

ALLEGATO N. 4

PRESTAZIONI ASSICURATIVE ACCESSORIE

TITOLO I

Norme comuni alle prestazioni assicurative accessorie di Premorienza e Invalidità Totale e Permanente

Art. 1 - Modalità di adesione e determinazione del capitale assicurato

1. Accedono alle prestazioni accessorie solo quegli aderenti che all'atto della richiesta godano di buona salute e non siano a conoscenza di fenomeni patologici in atto e non abbiano in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'ente previdenziale obbligatorio di appartenenza.

2. Le prestazioni accessorie prevedono l'erogazione di un capitale annualmente determinato come da successivo comma 3, capitale che, fermo restando il contributo, varierà ad ogni ricorrenza anniversaria annua in funzione dell'età raggiunta dall'aderente.

3. Il capitale assicurato si determina, inizialmente e annualmente in occasione delle ricorrenze di anniversario, dividendo l'ammontare del contributo prescelto, per il tasso individuato in relazione al tipo di prestazione accessoria e all'età da lui raggiunta così come riportato nelle successive tabelle 4a e 4b. Il capitale assicurato non potrà comunque superare il limite massimo di euro 103.291,38.

4. Nel caso in cui l'aderente volesse variare l'ammontare originario del contributo annuo relativo alla prestazione accessoria, ovvero volesse rinunciare a tale prestazione, dovrà inoltrare apposita richiesta al Fondo almeno 3 mesi prima della scadenza e compilare l'apposita modulistica. Il nuovo capitale assicurato non potrà comunque superare il limite massimo di euro 103.291,38.

5. L'aderente che intenda accedere alle prestazioni accessorie contestualmente all'adesione al Fondo deve indicare l'ammontare del contributo che egli intende annualmente versare a tale titolo. L'ammontare del primo contributo annuo, viene trattenuto in unica soluzione dal primo contributo complessivo versato al Fondo. I contributi annui successivi, verranno detratti in unica soluzione dal montante maturato sul conto individuale dell'aderente, in occasione di ogni ricorrenza anniversaria.

6. Nel caso di richiesta di accesso alle prestazioni successivamente all'adesione al Fondo, l'ammontare del contributo annuo, verrà trattenuto in unica soluzione dal montante maturato sul conto individuale dell'aderente alla data di effetto della garanzia assicurativa.

TITOLO II

Prestazioni assicurative accessorie in caso di Premorienza

Art. 2. – Prestazioni assicurate

1. Le presenti condizioni hanno per oggetto un'assicurazione monoannuale rinnovabile ogni anno che garantisce la copertura del rischio di morte dell'aderente assicurato. La compagnia si impegna a corrispondere il capitale assicurato agli aventi diritto sempreché l'aderente risulti in regola con la contribuzione relativa alle prestazioni accessorie.

2. La Compagnia accetta il rischio di cui al presente Titolo solo previa sottoscrizione delle dichiarazioni riportate nell'apposito modulo e la compilazione del questionario sanitario, che dovranno attestare lo stato di buona salute dell'aderente. In caso contrario il rischio non verrà accettato.

3. Ferme le condizioni previste nel punto precedente l'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno successivo a quello in cui il primo contributo annuo è stato trattenuto secondo le modalità di cui all'Art.1 commi 5 e 6 e si estingue alle ore 24 del giorno di ricorrenza annua salvo diversa indicazione riportata nell'apposito modulo.

4. L'assicurazione non viene prestata agli aderenti di età inferiore a 18 anni o superiore a 64 anni.

Art.3. – Cessazione della garanzia

1. In caso di vita dell'aderente assicurato al termine del prefissato periodo di copertura assicurativa, l'assicurazione si estingue.

2. La garanzia cessa anticipatamente rispetto a tale termine in caso di uscita dell'aderente assicurato dal Fondo.

Art.4. – Rischio di morte

1. Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'aderente assicurato.

2. E' escluso dall'assicurazione soltanto il decesso causato da:

- dolo dell'Aderente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Aderente a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Aderente ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Aderente non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Aderente si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'Aderente in un paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;
- armi nucleari, trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- incidente di volo, se l'Aderente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- Infortuni e/o malattie dovuti/correlati a stato di ubriachezza dell'Aderente, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

Art.5. – Beneficiari

1. L'aderente indica i beneficiari della prestazione assicurata

2. In caso di morte dell'aderente gli aventi diritto sono tenuti a richiedere la liquidazione del capitale e a trasmettere alla compagnia la documentazione idonea a certificare la data del decesso, la sua causa e la loro legittimazione alla prestazione. Entro 30 giorni dal ricevimento di tale documentazione la compagnia corrisponderà agli aventi diritto il capitale assicurato, sempreché non siano necessarie ulteriori informazioni oltre a quelle già ricevute, utilizzando il mezzo di pagamento che verrà prescelto dagli aventi diritto, fra quelli proposti dalla compagnia.

3. La designazione dei Beneficiari 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.

4. Per tutti i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a:

- verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento;
- individuare con esattezza gli aventi diritto.

Si specifica, qui di seguito, la documentazione che il Beneficiario deve presentare in caso di decesso dell'Aderente:

- comunicazione dell'avvenuto decesso da parte dei Beneficiari;
- originale della polizza e delle eventuali appendici di variazione contrattuale o, in mancanza, dichiarazione di smarrimento;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso dell'Aderente redatto su apposito modulo fornito dalla Società, ed eventuale ulteriore documentazione di carattere sanitario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni dell'Aderente relative alle circostanze che hanno influenzato la valutazione del rischio;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva da cui risulti se l'Aderente ha lasciato o meno testamento;
- in caso di esistenza di testamento dovrà essere prodotta una copia autenticata dello stesso;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti l'individuazione degli eredi legittimi;
- in caso di Beneficiari minori: autorizzazione del Giudice Tutelare all'incasso delle somme dovute.

La Società si riserva inoltre di richiedere, per casi eccezionali, ulteriore documentazione relativa a particolari esigenze istruttorie.

Art.6. – Clausola finale del Titolo II

1. I tassi di cui alla successiva tabella potranno subire variazioni in seguito a specifiche disposizioni dell'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private (ISVAP), ovvero potranno essere modificati sulla base del confronto tra le basi tecniche adottate ed i risultati dell'esperienza diretta.

2. I nuovi tassi entreranno in vigore in occasione della prima ricorrenza annua successiva alla loro introduzione.

TABELLA 4a

PRESTAZIONE ACCESSORIA IN CASO DI PREMORIENZA TASSI PER 1000 EURO DI CAPITALE ASSICURATO

ETA'	TASSI UNISEX
18	0,48
19	0,51
20	0,54
21	0,56
22	0,56
23	0,58
24	0,59
25	0,60
26	0,62
27	0,64
28	0,65
29	0,66
30	0,64
31	0,69
32	0,69
33	0,71
34	0,75
35	0,81
36	0,86
37	0,91
38	0,98
39	1,05
40	1,17
41	1,32
42	1,43
43	1,56
44	1,70
45	1,87
46	2,04
47	2,25
48	2,52
49	2,76
50	3,04
51	3,35
52	3,67
53	4,02
54	4,51
55	5,05
56	5,60
57	6,09
58	6,88
59	7,57
60	8,50
61	9,72
62	10,62
63	11,42
64	12,81

TITOLO III

Prestazioni assicurative accessorie in caso di Premorienza e Invalidità Totale e Permanente

Art. 7. – Prestazioni assicurate

1. Le presenti condizioni hanno per oggetto un'assicurazione monoannuale rinnovabile ogni anno che garantisce la copertura del rischio di morte e invalidità totale e permanente dell'aderente assicurato. La compagnia si impegna a corrispondere il capitale assicurato agli aventi diritto sempreché l'aderente risulti in regola con la contribuzione relativa alle prestazioni accessorie.

2. La compagnia accetta il rischio di cui al presente Titolo solo previa sottoscrizione delle dichiarazioni riportate nell'apposito modulo e la compilazione del questionario sanitario, che dovranno attestare lo stato di buona salute dell'aderente. In caso contrario il rischio non verrà accettato.

3. Ferme le condizioni previste nel punto precedente l'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno successivo a quello in cui il primo contributo annuo è stato trattenuto secondo le modalità di cui all'Art.1 commi 5 e 6 e si estingue alle ore 24 del giorno di ricorrenza annua salvo diversa indicazione riportata nell'apposito modulo.

4. L'assicurazione non viene prestata agli aderenti di età inferiore a 18 anni o superiore a 59 anni.

Art.8. – Cessazione della garanzia

1. In caso di vita dell'aderente assicurato al termine del prefissato periodo di copertura assicurativa, l'assicurazione si estingue.

2. La garanzia cessa anticipatamente rispetto a tale termine in caso di uscita dell'aderente assicurato dal Fondo

3. La garanzia cessa, con effetto immediato, nel caso di pagamento del capitale assicurato a seguito di riconosciuta invalidità totale e permanente come definita al successivo Art.11 dell'aderente assicurato.

Art.9. - Rischio di morte

1. Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'aderente assicurato.

2. E' escluso dall'assicurazione soltanto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Aderente a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Aderente ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Aderente non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Aderente si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'Aderente in un paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;
- armi nucleari, trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- incidente di volo, se l'Aderente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;

- Infortuni e/o malattie dovuti/correlati a stato di ubriachezza dell'Aderente, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

Art.10. – Rischio invalidità totale e permanente

1. Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Aderente che, per sopravvenutagli malattia organica o lesione fisica, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia perduto, in modo presumibilmente permanente e totale, la capacità all'esercizio della propria professione o mestiere e ad ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini o abitudini.

2. Viene esclusa la copertura dei casi di invalidità che si verifichino dopo il 60° anno di età dell'Aderente e quelli dipendenti da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- reati dolosi commessi dall'Aderente o atti contro la sua persona da lui compiuti o consentiti;
- partecipazione attiva dell'Aderente ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Aderente non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Aderente si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'Aderente in un paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;
- inondazioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, armi nucleari, trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione delle particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti;
- partecipazione a duelli, risse, gare e corse in genere e relativi allenamenti, scalate di rocce e accessi a ghiacciai;
- infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici in genere, anteriori alla data di conclusione del contratto;
- infortunio verificatosi sia in volo che a terra, in dipendenza di viaggi aerei compiuti sia come militare che come civile, fatta eccezione dei viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore autorizzati al volo di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti, titolari di brevetto idoneo, con esclusione in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- malattie correlate al consumo prolungato e sistematico di sostanze alcoliche, nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

3. Verificatasi l'invalidità, l'Aderente Assicurato deve farne denuncia all'ITAS VITA SPA, per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla stessa Società, a mezzo di lettera raccomandata, il certificato del medico curante.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data della lettera raccomandata di cui sopra. Il decesso dell'Aderente che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità.

4. A richiesta della Società, l'Aderente assicurato sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità, è obbligato:

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

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

5. Il capitale assicurato è liquidabile dopo che la compagnia, dietro presentazione della documentazione richiesta, abbia riconosciuto lo stato di invalidità dell'aderente assicurato.

6. Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla compagnia, l'Aderente assicurato ha facoltà, entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione avutane, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione Generale della compagnia, la decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla compagnia, l'altro dall'Aderente ed il terzo scelto di comune accordo tra le due parti. In caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale più vicino al luogo di residenza dell'aderente assicurato.

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

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

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

Art. 11. – Beneficiari

1. Beneficiari in caso di morte: quelli designati dall'aderente sul modulo di adesione. Beneficiari in caso di invalidità totale e permanente: l'aderente stesso.

2. In caso di morte dell'aderente gli aventi diritto sono tenuti a richiedere la liquidazione del capitale e a trasmettere alla compagnia la documentazione idonea a certificare la data del decesso, la sua causa e la loro legittimazione alla prestazione. Entro 30 giorni dal ricevimento di tale documentazione la compagnia corrisponderà agli aventi diritto il capitale assicurato, sempreché non siano necessarie ulteriori informazioni oltre a quelle già ricevute, utilizzando il mezzo di pagamento che verrà prescelto dagli aventi diritto, fra quelli proposti dalla compagnia.

3. La designazione dei Beneficiari 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.

4. Per tutti i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a:

- verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento;
- individuare con esattezza gli aventi diritto.

Si specifica, qui di seguito, la documentazione che il Beneficiario deve presentare in caso di decesso dell'Aderente:

- comunicazione dell'avvenuto decesso da parte dei Beneficiari;
- originale della polizza e delle eventuali appendici di variazione contrattuale o, in mancanza, dichiarazione di smarrimento;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso dell'Aderente redatto su apposito modulo fornito dalla Società, ed eventuale ulteriore documentazione di carattere sanitario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni dell'Aderente relative alle circostanze che hanno influenzato la valutazione del rischio;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva da cui risulti se l'Aderente ha lasciato o meno testamento;
- in caso di esistenza di testamento dovrà essere prodotta una copia autenticata dello stesso;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti l'individuazione degli eredi legittimi;
- in caso di Beneficiari minori: autorizzazione del Giudice Tutelare all'incasso delle somme dovute.

La Società si riserva inoltre di richiedere, per casi eccezionali, ulteriore documentazione relativa a particolari esigenze istruttorie.

Art.12. – Clausola finale del Titolo III

1. I tassi di cui alla successiva tabella potranno subire variazioni in seguito a specifiche disposizioni dell'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private (ISVAP), ovvero potranno essere modificati sulla base del confronto tra le basi tecniche adottate ed i risultati dell'esperienza diretta.

2. I nuovi tassi entreranno in vigore in occasione della prima ricorrenza annua successiva alla loro introduzione.

TABELLA 4b

PRESTAZIONE ACCESSORIA IN CASO DI PREMORIENZA E INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE
TASSI PER 1000 EURO DI CAPITALE ASSICURATO

ETA'	TASSI UNISEX
18	0,58
19	0,61
20	0,65
21	0,68
22	0,70
23	0,75
24	0,78
25	0,81
26	0,84
27	0,89
28	0,93
29	0,95
30	0,96
31	1,04
32	1,06
33	1,14
34	1,19
35	1,27
36	1,38
37	1,47
38	1,60
39	1,73
40	1,90
41	2,17
42	2,35
43	2,59
44	2,85
45	3,16
46	3,46
47	3,81
48	4,24
49	4,68
50	5,22
51	5,90
52	6,59
53	7,24
54	8,00
55	8,78
56	9,66
57	10,56
58	11,50
59	12,15