



HELVETIA PLURIMA

Contratto di assicurazione in caso di decesso a vita intera a capitale e a premi annui temporanei rivalutabili, con potenziamento del capitale in caso di decesso e con esonero del pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente.

Il presente Fascicolo informativo contenente:

- Scheda sintetica
- Nota informativa
- Condizioni contrattuali comprensive di Regolamento della Gestione Separata
- Glossario
- Polizza

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda sintetica e la Nota informativa.

Indice Generale

Scheda sintetica

Nota informativa

Condizioni contrattuali comprensive del Regolamento della gestione interna separata "Helvirend"

Glossario

Documento di Polizza

SCHEDA SINTETICA

La presente Scheda sintetica è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

ATTENZIONE: LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

La presente Scheda sintetica è volta a fornire al Contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto e deve essere letta congiuntamente alla Nota informativa.

1. Informazioni generali

1.a) Impresa di assicurazione

L'impresa di assicurazione - denominata di seguito "Società" - è:

Helvetia Compagnia Italo Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita S.p.A. (Helvetia Vita S.p.A.), Società appartenente al Gruppo Assicurativo Svizzero Helvetia.

1.b) Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Il patrimonio netto della Società, all'ultimo bilancio approvato, è pari ad Euro 41.559.000, di cui Euro 13.416.000 costituiscono la parte relativa al capitale sociale ed Euro 31.490.000 si riferiscono alle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità della gestione separata, alla stessa data, è pari a 156,77% ed è stato calcolato come rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile (Euro 41.559.000) e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente (Euro 26.510.000).

1.c) Denominazione del contratto

Il prodotto è denominato HELVETIA PLURIMA.

1.d) Tipologia del contratto

Le prestazioni assicurate dal presente contratto sono contrattualmente garantite dalla Società e si rivalutano annualmente in base al rendimento di una gestione separata di attivi.

1.e) Durata

Nell'ambito di HELVETIA PLURIMA occorre distinguere fra:

- durata del contratto – intendendosi per tale l'arco di tempo durante il quale operano le coperture assicurative – che è a vita intera, pertanto la sua durata coincide con la vita dell'Assicurato;
- durata del piano – intendendosi per tale il periodo di versamento dei premi annui – che viene stabilita dal Contraente tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 40 anni, fermo restando che l'Assicurato alla data di decorrenza abbia un'età assicurativa non inferiore a 18 anni e non superiore ad 85 anni, e che al termine del piano dei versamenti non superi i 90 anni.

In ogni caso, a condizione che siano state corrisposte interamente almeno **3 annualità di premio**, il Contraente può esercitare il diritto di riscatto che comporta la liquidazione, da parte della Società, di un importo pari al valore di riscatto.

1.f) Pagamento dei premi

HELVETIA PLURIMA prevede il pagamento, da parte del Contraente, di premi annui rivalutabili in base a quanto previsto all'Art.4 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso. In alternativa alla soluzione annua i suddetti premi possono essere pagati anche con periodicità semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile, fermo restando che il **premio minimo**, da versare su base annua, è pari ad **Euro 500,00**, importo già comprensivo della parte relativa alla prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento dei premi.

2. Caratteristiche del contratto

HELVETIA PLURIMA è un'assicurazione a vita intera dedicata principalmente a chi intende salvaguardare la sicurezza economica dei propri cari rendendo disponibile una:

- prestazione principale in caso di decesso costituita da:
 - una componente, denominata **capitale di potenziamento in caso di decesso**, che opera fino al termine del piano di versamento dei premi annui e decresce annualmente in funzione di un Importo di Decrescenza, come determinato al successivo punto 5.D);
 - una componente, denominata **capitale a vita intera**, che viene determinata in funzione dell'età, del sesso, dello stato di salute e delle abitudini di vita dell'Assicurato, delle caratteristiche del piano di versamenti prescelto nonché del rendimento attribuito sotto forma di tasso tecnico (operante ai soli fini della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato);
- prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento premi della prestazione principale in caso di invalidità totale e permanente; secondo quanto precisato al punto 2.2 della Nota informativa.

HELVETIA PLURIMA consente, inoltre, di realizzare un piano di risparmio orientato alla crescita costante delle prestazioni assicurate senza esporsi ai rischi derivanti dall'andamento dei mercati finanziari.

Le prestazioni di HELVETIA PLURIMA, infatti, - liquidabili in caso di decesso dell'Assicurato o per riscatto - si incrementano di anno in anno sulla base dell'andamento della gestione separata "Helvirend", una particolare forma di gestione assicurativa degli investimenti che ha l'obiettivo di minimizzare il rischio e di offrire stabilità di rendimenti nel medio - lungo periodo. Coerentemente con le prestazioni si rivalutano anche i premi annui.

Si precisa che una parte dei premi versati viene utilizzata dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto e che pertanto tale parte, così come quella trattenuta a fronte dei costi del contratto, non concorre alla formazione delle prestazioni liquidabili sul contratto.

Progetto
Esemplificativo

Si rinvia al Progetto esemplificativo dello sviluppo delle prestazioni, del valore di riduzione e di riscatto contenuto nella Sezione E della Nota informativa per l'illustrazione del meccanismo di rivalutazione.

La Società è tenuta a consegnare il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata al più tardi al momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso.

3. Prestazioni assicurative

HELVETIA PLURIMA prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

Prestazione
principale in
caso di decesso
dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato la Società si impegna a liquidare, ai Beneficiari designati dal Contraente, il capitale assicurato. Ai fini della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato, la Società riconosce - sotto forma di tasso tecnico - un rendimento minimo garantito nella misura del 2,50% annuo composto che viene pre - attribuito, in fase di determinazione della prestazione iniziale, nei termini e con le modalità indicate all'Art.1 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso.

Prestazione in
caso di vita
dell'Assicurato

In caso di vita dell'Assicurato, sempreché siano state corrisposte interamente almeno 3 annualità di premio, il Contraente può esercitare il diritto di riscatto che comporta la risoluzione anticipata del contratto e la liquidazione da parte della Società del relativo valore di riscatto, nei termini e con le modalità indicate all'Art.5 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso.

In caso di riscatto il Contraente sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati.

Consolidamento
delle
rivalutazioni

Ferma restando l'applicazione dell'Importo di Decrescenza nei termini e con le modalità fissate al punto 4.D) della Nota informativa, i rendimenti annualmente attribuiti al contratto restano acquisiti in via definitiva.

Nel caso non vengano interamente pagate almeno 3 annualità di premio, il contratto si risolve automaticamente ed i premi versati dal Contraente restano acquisiti dalla Società.

Prestazione compl. obbl. di esonero pag. In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, HELVETIA PLURIMA prevede l'esonero obbl. di esonero pag. per il Contraente dal pagamento dei premi annui residui relativi alla prestazione principale, dovuti a partire dalla data di accertamento dell'invalidità totale e permanente, nei termini e con le modalità indicate all'Art.1 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamenti premi.

Definizione di invalidità totale e permanente Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (capacità lavorativa generica), indipendentemente da quella effettivamente svolta dall'Assicurato, sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66,00%.

Maggiori informazioni sono fornite in Nota informativa alla sezione B. In ogni caso le prestazioni assicurative ed i meccanismi di rivalutazione sono regolati dagli articoli 1, 2 e 4 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso.

4. Costi

La Società, al fine di svolgere l'attività di collocamento e di gestione dei contratti e di incasso dei premi, **preleva dei costi secondo la misura e le modalità dettagliatamente illustrate in Nota informativa alla sezione C.**

I costi gravanti sui premi e quelli prelevati dal rendimento della gestione separata Helvirend riducono l'ammontare delle prestazioni.

Per fornire un'indicazione complessiva dei costi che gravano a vario titolo sul contratto viene di seguito riportato l'indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo" che indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il tasso di rendimento del contratto rispetto a quello di una analoga operazione non gravata da costi.

Il predetto indicatore ha una valenza orientativa in quanto calcolato su parametri prefissati.

Il Costo percentuale medio annuo (CPMA) è calcolato con riferimento al premio della prestazione principale e non tiene pertanto conto dei premi della copertura complementare.

Il Costo percentuale medio annuo in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno.

Indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo" Gestione Separata Helvirend

Premio annuo: Euro 1.500

Sesso ed età: Maschio - 45 anni

Tasso di rendimento degli attivi: 4,00%

Durata pag.premi: 15 anni

Anno	CPMA
5	6,61%
10	4,06%
15	3,07%

Durata pag.premi: 20 anni

Anno	CPMA
5	6,61%
10	4,06%
15	3,07%
20	2,56%

Durata pag.premi: 25 anni

Anno	CPMA
5	6,61%
10	4,06%
15	3,07%
20	2,56%
25	2,23%

5. Illustrazione dei dati storici di rendimento della gestione separata

In questa sezione è rappresentato il tasso di rendimento realizzato dalla gestione separata Helvirend negli ultimi 5 anni ed il corrispondente tasso di rendimento minimo riconosciuto agli Assicurati. Il dato è confrontato con il tasso di rendimento medio dei titoli di Stato e con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento realizzato dalla gestione separata	Rendimento minimo riconosciuto agli Assicurati (*)	Rendimento medio dei titoli di Stato	Inflazione
2007	4,14%	3,24%	4,41%	1,71%
2008	3,67%	2,77%	4,46%	3,23%
2009	4,00%	3,10%	3,54%	0,75%
2010	3,50%	2,60%	3,35%	1,55%
2011	3,50%	2,60%	4,89%	2,73%

(*) Nel solo corso del piano di versamenti, per valutare le modalità di attribuzione al contratto del rendimento minimo riconosciuto, bisogna tenere conto anche dell'Importo di Decrescenza di cui al punto.4.D) della Nota informativa.

Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri.

6. Diritto di ripensamento

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto. Per le relative modalità leggere la sezione D della Nota informativa.

Helvetia Vita S.p.A. è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Scheda sintetica.

*L'Amministratore Delegato e Direttore Generale
Fabio Bastia*



La presente Scheda sintetica è stata redatta in Milano nel mese di Maggio 2012, data dell'ultimo aggiornamento dei dati in essa inclusi.

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni contrattuali prima della sottoscrizione del contratto.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) *Denominazione*: Helvetia Compagnia Italo Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita S.p.A. (di seguito la Società), appartenente al Gruppo Assicurativo Svizzero Helvetia.
- b) *Indirizzo sede legale e direzione generale*: Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia).
- c) *Recapito telefonico*: +39 02 5351.1 – Sito internet: www.helvetia.it – Fax: +39 02 537289/5351352 – Indirizzo e-mail: direzione.vita@helvetia.it
- d) *Autorizzazione*: la Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto ministeriale n. 17266 del 2 Novembre 1987, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 263 del 10 Novembre 1987 ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00068, mentre il Gruppo Assicurativo Svizzero Helvetia è iscritto all'Albo dei Gruppi di Imprese di Assicurazione al n. d'ordine 031.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

2. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

2.1. Durata

Nell'ambito di HELVETIA PLURIMA occorre distinguere fra:

- *durata del contratto* – intendendosi per tale l'arco di tempo durante il quale opera la copertura assicurativa – che è a vita intera, pertanto la sua durata coincide con la vita dell'Assicurato;
- *durata del piano* – intendendosi per tale il periodo di versamento dei premi annui – che viene stabilita dal Contraente tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 40 anni, fermo restando che l'Assicurato alla data di decorrenza abbia un'età assicurativa non inferiore a 18 anni e non superiore ad 85 anni, e che al termine del piano dei versamenti non superi i 90 anni.

2.2. Prestazioni assicurative

HELVETIA PLURIMA prevede, a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi pattuiti, le seguenti prestazioni:

a) Prestazione principale in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato la Società si impegna a liquidare, ai Beneficiari designati dal Contraente, un importo pari al capitale assicurato.

Capitale assicurato iniziale

L'ammontare iniziale del capitale assicurato è dato dalla somma di un:

- capitale a vita intera che viene determinato in funzione dell'età, del sesso, dello stato di salute e delle abitudini di vita dell'Assicurato, delle caratteristiche del piano di versamenti prescelto nonché del rendimento attribuito sotto forma di tasso tecnico. Ai soli fini della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato, la Società riconosce infatti - sotto forma di tasso tecnico - un rendimento minimo garantito nella misura del 2,50% annuo composto che viene pre-attribuito in fase di determinazione del capitale a vita intera iniziale. Tale capitale a vita intera è previsto fino alla risoluzione del contratto;
- un capitale di potenziamento in caso di decesso che viene determinato applicando al capitale a vita intera una percentuale crescente al crescere della durata del piano di versamenti, prescelto dal Contraente, secondo quanto indicato nella tabella riportata all'Art. 1 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso. Tale capitale di potenziamento in caso di decesso decresce annualmente fino ad estinguersi, al termine del piano di versamenti, in funzione dell'Importo di Decrescenza di cui al successivo punto 4.D).

Il capitale assicurato iniziale, come sopra determinato, si rivaluta annualmente secondo le modalità fissate all'Art. 4 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso.

Carenza	Si precisa che è previsto un periodo di carenza pari a 6 mesi dalla data di decorrenza, durante il quale la copertura assicurativa non opera. Per maggiori dettagli si rinvia alle Condizioni particolari per le polizze senza – o alternativamente – con visita medica.
Esclusioni	La copertura assicurativa non copre il decesso causato da una serie di esclusioni, così come riportate all'Art.9 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso. b) Prestazione in caso di vita dell'Assicurato In caso di vita dell'Assicurato, sempreché siano state corrisposte interamente almeno 3 annualità di premio, il Contraente può chiedere la risoluzione anticipata del contratto e la liquidazione del valore di riscatto quale determinato ai sensi dell'Art.5 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso.. c) Prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento premi della prestazione principale In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, che abbia come conseguenza un'invalidità totale e permanente dell'Assicurato stesso, HELVETIA PLURIMA prevede l'esonero per il Contraente dal pagamento dei premi annui residui relativi alla prestazione principale, dovuti a partire dalla data di accertamento dell'invalidità totale e permanente, nei termini e secondo le modalità previste all'Art. 1 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento premi. Per i dettagli sulle modalità di denuncia, accertamento e valutazione dell'invalidità totale e permanente si rimanda agli Artt. 8, 9, 10 e 11 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento dei premi.
Definizione di invalidità totale e permanente	Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (capacità lavorativa generica), indipendentemente da quella effettivamente svolta dall'Assicurato, sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66,00%.
Carenza	La prestazione complementare non opera in caso di invalidità totale e permanente causata da malattie insorte o manifestatesi nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto, secondo quanto riportato all'Art.5 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento dei premi.
Esclusioni	La copertura assicurativa non copre l'invalidità totale e permanente causata da una serie di esclusioni, così come riportate all'Art.6 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento dei premi.
Consolidamento delle rivalutazioni	Ferma restando l'applicazione dell'Importo di Decrescenza nei termini e con le modalità fissate al successivo punto 4.D), i rendimenti annualmente attribuiti al contratto restano acquisiti in via definitiva.
Assunzione del rischio	Prima della conclusione del contratto, la Società cura l'assunzione del rischio ai sensi di quanto riportato all'Art.1 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso. Si richiama la necessità di leggere le Raccomandazioni e Avvertenze contenute nella polizza relative alla compilazione dei questionari sanitario e sullo stile di vita. Si precisa che una parte dei premi versati dal Contraente viene utilizzata dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto e che pertanto tale parte, così come quella trattenuta a fronte dei costi del contratto, non concorre alla formazione delle prestazioni liquidabili sul contratto.

3. Premi

HELVETIA PLURIMA prevede il pagamento di una serie di premi annui rivalutabili nell'ambito del piano di versamenti prescelto dal Contraente.

In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una modalità di pagamento frazionata - su base semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile - che comporta l'applicazione di **interessi di frazionamento** di cui al successivo punto 5.1.1. Resta fermo in ogni caso che il premio minimo da versare su base annua è pari ad **Euro 500**, importo già comprensivo anche della parte relativa alla prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento dei premi.

Il Contraente - mediante richiesta scritta alla Società effettuata con un preavviso di almeno 1 mese rispetto alla ricorrenza annua - può modificare il frazionamento di premio con effetto dall'anniversario della data di decorrenza immediatamente successivo alla richiesta.

Modalità di versamento dei premi

Il pagamento dei premi avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:

- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;
- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;
- carta di debito o credito se accettata dall'Intermediario;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente.

A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite R.I.D. (rimessa interbancaria diretta), attivabile mediante compilazione di apposita modulistica fornita dalla Società fermo restando che - nel caso sia stata scelta una periodicità di pagamento mensile o bimestrale - il R.I.D. sarà attivo rispettivamente a partire dalla terza o dalla quarta ricorrenza mensile della data di decorrenza.

Il pagamento dei premi deve, invece, essere effettuato esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F0306912711100000008137:

- per importi di premio superiori ad Euro 250.000 (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente ed il nome del prodotto);
- in caso il prodotto sia collocato a mezzo di fattispecie contrattuali qualificabili come contratti di appalto pubblico di servizi in base al Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. n. 163/2006), per i quali la Società assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010 e successive modifiche (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP, il nome del prodotto).

E' escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

Resta inteso che un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.

L'ammontare iniziale del premio annuo rivalutabile viene determinato in funzione dell'età e del sesso dell'Assicurato, del suo stato di salute ed abitudini di vita, nonché della durata del piano di versamenti e del capitale assicurato iniziale quali prescelti dal Contraente.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto, il premio annuo - come sopra determinato - viene rivalutato secondo le modalità indicate all'Art.4.C) delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso..

Il Contraente ha facoltà di rinunciare alla rivalutazione del premio annuo secondo le modalità riportate all'Art. 2 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso.

Si segnala che per maturare il diritto al riscatto del contratto o ad una prestazione ridotta il Contraente deve versare interamente almeno 3 annualità di premio; in caso contrario, il mancato pagamento di 3 annualità di premio determina la risoluzione del contratto e l'acquisizione, da parte della Società, dei premi versati.

4. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

La rivalutazione delle prestazioni e dei premi relativi a HELVETIA PLURIMA avviene in base al rendimento della gestione separata denominata "Helvirend". Tale gestione separata viene

annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione iscritta nell'albo speciale, che attesta la correttezza della gestione ed i risultati dalla stessa conseguiti.

Si rinvia per i dettagli della gestione separata Helvirend al Regolamento della gestione stessa, che forma parte integrante delle Condizioni contrattuali.

A) Misura annua di rivalutazione

Annualmente la Società calcola il rendimento della gestione Helvirend – che viene maturato dall'1 Gennaio al 31 Dicembre di ogni anno e certificato, dalla società di revisione sopra richiamata, entro l'1 Marzo successivo – attribuendo a ciascun contratto collegato alla gestione una quota parte del suddetto rendimento, denominata “misura annua di rivalutazione”.

La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico del 2,50%, la differenza tra il rendimento riconosciuto ed il suddetto tasso tecnico.

Per rendimento riconosciuto si intende la differenza tra il rendimento della gestione separata Helvirend e il rendimento minimo trattenuto previsto dal contratto, **pari a 0,90 punti percentuali.**

La misura annua di rivalutazione non può comunque essere inferiore a 0,00%.

Esempio di
determinazione
della misura annua
di rivalutazione

- a) Rendimento della gestione Helvirend: 4,00%
- b) Rendimento minimo trattenuto: 0,90 punti percentuali
- c) Rendimento riconosciuto: a) – b) = 4,00% - 0,90% = 3,10%
- d) Tasso tecnico: 2,50%
- e) **Misura annua di rivalutazione: $[c] - d) / [100,00\% + d]$**
ossia è data dalla divisione tra:
 - il numeratore, pari a: $[c] - d) = [3,10\% - 2,50\%] = 0,60\%$
 - e il denominatore, pari a: $[100,00\% + d] = [100,00\% + 2,50\%] = 102,50\%$
di conseguenza, **Misura annua di rivalutazione = $0,60\% / 102,50\% = 0,59\%$**

Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato o il riscatto in una data in cui non sia stato ancora certificato il rendimento della gestione separata Helvirend applicabile per quell'anno (ossia nel caso in cui il decesso o il riscatto avvenga tra l'1 Gennaio ed anteriormente all'1 Marzo), ai fini della determinazione della misura annua di rivalutazione si farà riferimento al rendimento della gestione separata Helvirend certificato l'anno precedente.

B) Rivalutazione del capitale assicurato

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto il capitale assicurato si rivaluta secondo modalità diverse a seconda che:

- B.1. il contratto sia al corrente con il pagamento dei premi (ed il Contraente consenta la rivalutazione del premio);
- B.2. il contratto sia al corrente con il pagamento dei premi, ma il Contraente abbia rinunciato alla rivalutazione del premio stesso (premio costante);
- B.3. Il contratto sia in vigore per un capitale assicurato “ridotto” (qualora cioè il Contraente abbia sospeso il pagamento dei premi dopo aver interamente pagato almeno tre annualità di premio).

C) Rivalutazione del premio annuo

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto il premio annuo in vigore all'anniversario precedente viene aumentato di un importo pari al prodotto del premio annuo stesso per la misura annua di rivalutazione fissata a norma del punto A).

D) Importo di Decrescenza ai fini del capitale di potenziamento in caso di decesso

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto e fino al termine del piano di versamento dei premi prescelto dal Contraente, il capitale assicurato - già incrementato sulla base della misura annua di rivalutazione di cui al precedente punto A) - viene diminuito di un importo fisso denominato “Importo di Decrescenza”.

Detto importo, pari al rapporto tra l'ammontare del capitale di potenziamento in caso di decesso iniziale e la durata del piano di versamento dei premi, viene indicato all'interno del documento di polizza.

Per i dettagli inerenti il meccanismo di partecipazione agli utili si rinvia alla Clausola di Rivalutazione di cui all'Art.4 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso.

Si rinvia alla successiva Sezione E contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate, dei valori di riscatto e di riduzione.

La Società consegnerà al Contraente, al più tardi al momento in cui è informato che il contratto è concluso, il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sui premi

Dai premi versati la Società trattiene una serie di costi, come di seguito dettagliato.

Spese di emissione	Euro 25,0 (trattenute solo in caso di recesso)
Spese per accertamenti sanitari	<p>Le spese per accertamenti sanitari sono a carico dell'Assicurato esclusivamente nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ per eliminare il periodo di carenza (con riferimento alla garanzia principale in caso di decesso); ■ per gli esami richiesti qualora il capitale assicurato sia inferiore a 250.000,00 Euro e l'Assicurato abbia età inferiore a 60 anni (con riferimento alla garanzia principale in caso di decesso). <p>Nei suddetti casi, il costo della visita medica non è quantificabile a priori in quanto dipende dalla tariffa applicata dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato. In tutti gli altri casi in cui si richiedono accertamenti sanitari le relative spese sono a carico della Società.</p>
Tipologia di Prestazione	Caricamento sul premio
Prestazione Principale	15,0%
Prestazione Complementare obbligatoria di esonero pagamento premi	50,0% (del rispettivo premio al netto delle imposte pari al 2,5%)

Interessi di Frazionamento

Nel caso il Contraente intenda versare il premio annuo con modalità frazionata, sul premio stesso vengono applicati interessi di frazionamento secondo quanto indicato nella tabella seguente.

Frazionamento del premio annuo	Interesse di frazionamento
Semestrale	1,00%
Quadrimestrale	1,25%
Trimestrale	1,50%
Bimestrale	1,75%
Mensile	2,00%

5.1.2 Costi per riscatto

Il costo del riscatto è:

Durante il piano dei versamenti **pari al 15,0%** dei premi versati, al netto della componente relativa all'esonero pagamento premi (corrispondente alla somma delle spese di acquisto, di gestione e di incasso);

Dopo il termine del piano dei versamenti determinabile in funzione del sesso e dell'età dell'Assicurato, secondo quanto indicato nella tabella di seguito riportata.

In ogni caso la Società rappresenta il costo riferibile al singolo contratto nell'ambito del Progetto esemplificativo, elaborato in forma personalizzata, che viene consegnato al Contraente al più tardi al momento in cui questi è informato che il contratto è concluso.

TABELLA DEI COEFFICIENTI PER VALORI DI RISCATTO

Età	Maschi	Femmine	Età	Maschi	Femmine
18	0,236105	0,203657	55	0,542726	0,484761
19	0,241573	0,208595	56	0,553942	0,495480
20	0,247119	0,213649	57	0,565236	0,51
21	0,252776	0,218823	58	0,576586	0,517431
22	0,258556	0,224135	59	0,588129	0,528687
23	0,264461	0,229573	60	0,599786	0,540110
24	0,270510	0,235148	61	0,611514	0,551701
25	0,276722	0,240864	62	0,623246	0,563438
26	0,283079	0,246723	63	0,635023	0,575379
27	0,289592	0,252716	64	0,646716	0,587437
28	0,296266	0,258851	65	0,658470	0,599661
29	0,303112	0,265127	66	0,670295	0,612051
30	0,310133	0,271546	67	0,682186	0,624594
31	0,317343	0,278127	68	0,694208	0,637350
32	0,324738	0,284860	69	0,706297	0,650266
33	0,332324	0,291749	70	0,718388	0,663284
34	0,340104	0,298806	71	0,730313	0,676323
35	0,348059	0,306019	72	0,742086	0,689373
36	0,356191	0,313387	73	0,753748	0,702444
37	0,364507	0,320915	74	0,765200	0,715485
38	0,372986	0,328599	75	0,776470	0,728513
39	0,381640	0,336445	76	0,787628	0,741522
40	0,390461	0,344457	77	0,798490	0,754436
41	0,399450	0,352628	78	0,809119	0,767228
42	0,408624	0,360969	79	0,819494	0,779817
43	0,417984	0,369472	80	0,829524	0,792131
44	0,427513	0,378155	81	0,839155	0,804170
45	0,437211	0,386993	82	0,848482	0,815810
46	0,447072	0,396010	83	0,857323	0,826964
47	0,457112	0,405194	84	0,865763	0,837661
48	0,467307	0,414538	85	0,874073	0,848126
49	0,477668	0,424067	86	0,882608	0,858609
50	0,488179	0,433759	87	0,890999	0,869064
51	0,498833	0,443620	88	0,898934	0,878934
52	0,509628	0,453657	89	0,905426	0,887312
53	0,520570	0,463861	90	0,910517	0,894247
54	0,531595	0,474217			

5.2 Costi applicati in funzione della modalità di partecipazione agli utili

Ai fini della rivalutazione del capitale assicurato, la Società trattiene dal rendimento della gestione separata Helvirend un valore – denominato rendimento trattenuto – **pari a 0,90 punti percentuali.**

La misura annua di rivalutazione non può comunque essere inferiore a 0,00%.

La quota parte percepita in media dagli Intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 64,0%.

6. Sconti

La Società ha la facoltà di prevedere specifici sconti, in tale caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società.

7. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi pagati per le assicurazioni sulla vita, in generale, non sono soggetti ad alcuna imposta. Ciò vale, in particolare, per i premi relativi alla prestazione principale in caso di decesso dell'Assicurato.

Per quanto concerne, invece, i premi relativi alla prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento premi si applica un'imposta nella misura del 2,5%.

Detrazione fiscale dei premi

La parte del premio pagato per le coperture aventi ad oggetto esclusivo il rischio di decesso e di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5,0%) dà diritto 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 19,0% per un massimo di versamento annuo di 1.291,14 Euro). Le suddette parti di premio vengono riportate in polizza.

Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, laddove persona diversa dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Tassazione delle prestazioni assicurate

Caso Vita

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto, hanno un trattamento fiscale differente in funzione del soggetto che le percepisce:

- quando conseguite da soggetti che non esercitano attività di impresa costituiscono reddito imponibile, soggetto ad imposta sostitutiva, per l'eventuale "plusvalenza", ovvero per la parte corrispondente alla differenza – se positiva – tra l'importo lordo liquidabile e la somma dei premi pagati (ridotti tenendo conto degli eventuali riscatti parziali effettuati). In caso di esonero dal pagamento dei premi per invalidità totale e permanente, gli importi liquidati per riscatto sono soggetti ad imposizione fiscale limitatamente alla quota parte di capitale corrispondente ai premi pagati prima dell'esonero dal pagamento degli stessi. La misura dell'imposta sostitutiva applicabile è prevista fino ad un massimo del 20% della plusvalenza.

Detta misura massima viene diminuita in funzione della quota parte di:

1. titoli obbligazionari pubblici italiani e di enti ed organismi internazionali costituiti in base ad accordi resi esecutivi in Italia nonché altri titoli italiani ad essi equiparati e buoni fruttiferi postali italiani (di cui all'Art. 31 del D.P.R. 29/09/1973 n. 601);
2. titoli pubblici italiani e titoli pubblici esteri di Stati compresi nell'elenco dei Paesi di cui alla cosiddetta White List (contenuta nel Decreto Ministeriale 04/09/1996);

che siano direttamente ed indirettamente ricompresi nella gestione separata, con riferimento a ciascun anno di durata del contratto;

- qualora conseguite da soggetti esercenti l'attività d'impresa non viene applicata alcuna imposta sostitutiva, in quanto gli eventuali proventi non costituiscono redditi di capitale bensì redditi d'impresa.

Caso di decesso

Le somme corrisposte in caso di decesso sono invece esenti dall'IRPEF, dall'imposta sostitutiva e dall'imposta sulle successioni.

Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore e all'interpretazione prevalente

delle medesime alla data di redazione del presente Fascicolo Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del presente contratto.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Conclusione del contratto	<p>8. Modalità di perfezionamento del contratto Si rinvia agli Artt.10 e 12 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso in merito alle modalità di perfezionamento del contratto e alla decorrenza delle coperture assicurative.</p>
Mancato pagamento dei premi	<p>9. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi Qualora nel corso del piano il Contraente sospenda il pagamento dei premi – trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza del primo premio arretrato – si verificano conseguenze diverse in funzione del numero di annualità di premio interamente versate. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nel caso non siano state interamente pagate almeno 3 annualità di premio, il contratto - trascorso inutilmente il termine per la riattivazione dello stesso - si risolve ed i premi versati restano acquisiti dalla Società; ■ nel caso siano state interamente pagate almeno 3 annualità di premio, il Contraente ha la possibilità di sospendere i versamenti mantenendo in vigore il contratto, per un capitale assicurato ridotto, fino all'epoca del decesso dell'Assicurato o del riscatto. In tale caso viene meno la copertura di esonero pagamento premi per invalidità totale e permanente. <p>Per i dettagli inerenti la risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi si rinvia all'Art.6 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso.</p>
Riscatto	<p>10. Riscatto e riduzione Purché siano state interamente pagate almeno 3 annualità di premio e l'Assicurato sia in vita, il Contraente può chiedere la risoluzione anticipata del contratto e la liquidazione del valore di riscatto.</p> <p>Il valore di riscatto viene determinato con modalità diverse in funzione dell'epoca in cui viene effettuato il riscatto e del numero di premi pagati.</p> <p>Si rimanda all'Art.5 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso per le modalità di determinazione del valore di riscatto.</p> <p>La liquidazione del valore di riscatto totale determina la risoluzione del contratto.</p> <p>Esiste la possibilità che il valore di riscatto risulti inferiore ai premi versati.</p>
Riduzione	<p>Nel caso il Contraente sospenda il versamento dei premi dopo aver interamente pagato almeno 3 annualità di premio, il contratto rimane in vigore, libero dal versamento di ulteriori premi, per un capitale assicurato "ridotto". In tal caso viene meno la copertura di esonero pagamento premi per invalidità totale e permanente.</p> <p>Si rimanda all'Art.6 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso per le modalità di determinazione del valore di riduzione.</p>
Riattivazione del contratto	<p>In caso di sospensione del versamento dei premi il Contraente ha la facoltà di procedere alla riattivazione del contratto, risolto o ridotto, entro 1 anno dalla data di scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta e purché l'Assicurato sia in vita. La riattivazione viene concessa dietro il pagamento di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione e del periodo di tempo intercorso tra la data di scadenza di ciascun premio e quella di riattivazione.</p>

Si rimanda all'Art.7 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso per le modalità di determinazione della riattivazione.

In ogni caso il Contraente può richiedere informazioni relative ai valori di riscatto e di riduzione presso l'Intermediario cui è assegnato il contratto.

L'ufficio della Società cui chiedere informazioni sui valori di riscatto e di riduzione è:

Helvetia Vita S.p.A. – Operations – Canale HV – Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano, fax 02 5351.352, e-mail: direzione.vita@helvetia.it , che si impegna a fornirle entro venti giorni dal ricevimento della richiesta.

Per motivi legati alla Privacy, le richieste alla Società devono pervenire per iscritto.

Si rinvia al Progetto esemplificativo di cui alla Sezione E per l'illustrazione dell'evoluzione dei valori di riscatto e di riduzione: si precisa che i valori riferiti alle caratteristiche richieste dal Contraente saranno contenuti nel Progetto personalizzato.

Nel caso non siano state interamente pagate almeno 3 annualità di premio, il contratto non matura alcun valore di riscatto o di riduzione.

11. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Entro tale termine il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società, con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Operations – Canale HV – Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia).

La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione futura derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro di invio della stessa.

La Società entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle imposte e **delle spese di emissione del contratto pari ad Euro 25,00**, di cui al precedente punto 5.1.1, con il limite del premio versato.

La Società si riserva inoltre di recuperare:

- **la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;**
- **le spese effettivamente sostenute per la visita medica e gli ulteriori accertamenti sanitari, laddove previsti.**

12. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termine di prescrizione

Per la liquidazione delle prestazioni assicurate previste dal contratto è necessario fornire alla Società la documentazione indicata nell'apposito modulo "Richiesta di pagamento" allegato alle Condizioni contrattuali per ciascun caso ivi specificato.

La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla data in cui la prestazione è dovuta o, se successiva, dalla data di ricevimento della documentazione completa presso l'Intermediario cui è assegnato il contratto o presso la Società.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Si ricorda che il Codice Civile (articolo 2952) dispone che **i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono dopo due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda** (prescrizione).

Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

13. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione; al verificarsi dell'esigenza la Società proporrà quella da applicare, fermo restando che su tale legislazione prevalgono comunque le norme imperative di diritto italiano.

14. Lingua

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto, sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

15. Reclami

Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Società, devono essere inoltrati per iscritto alla Società presso:

Helvetia Vita S.p.A.

Ufficio Reclami

Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia)

Fax 02 5351.794

E-mail: reclami@helvetia.it.

Possono essere presentati all'ISVAP (Via del Quirinale 21 – 00187 Roma – Italia, oppure ai fax: 06 42133745/ 06 42133353):

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D.lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- i reclami già presentati direttamente alle compagnie di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle compagnie stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'ISVAP devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato alla compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: <http://ec.europa.eu/internalmarket/finservices-retail/finnet/indexen.htm>).

Ai sensi del D.Lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni, le controversie relative al presente contratto devono essere preliminarmente sottoposte a procedimento di mediazione innanzi ad Organismi di Mediazione iscritti in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia.

In seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione, le Parti potranno utilmente adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.

16. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna inoltre a trasmettere entro sessanta giorni da ogni anniversario della data di decorrenza (data di rivalutazione), l'estratto conto annuale della posizione assicurativa contenente l'indicazione dei premi versati, del capitale rivalutato e della misura della rivalutazione.

17. Conflitto di interessi

Alla data di redazione della presente Nota informativa non sono state rilevate situazioni di conflitto di interesse derivanti da rapporti di Gruppo o da rapporti di affari propri o di Compagnie del Gruppo. In ogni caso, qualora in futuro dovessero presentarsi situazioni di conflitto di interessi, la Società si impegna ad operare in modo da non recare alcun pregiudizio ai Contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

Si rinvia al rendiconto annuale della gestione separata per la quantificazione delle utilità ricevute e retrocesse agli Assicurati.

E. PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLE PRESTAZIONI

La presente elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio, durata, periodicità di versamenti, sesso ed età dell'Assicurato.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riscatto e di riduzione di seguito riportati sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- a) il tasso di rendimento **minimo garantito** contrattualmente (sotto forma di tasso tecnico);
 b) **una ipotesi** di rendimento annuo costante stabilito dall'ISVAP e pari, al momento di redazione del presente progetto, al 4,00%. Dal predetto tasso di rendimento viene trattenuto dalla Società un rendimento minimo pari a **0,90 punti percentuali**. Da tale risultato viene poi scorporato il tasso tecnico del 2,50%, già conteggiato nella prestazione iniziale, come indicato al precedente punto 5. A).

I valori sviluppati in base al tasso minimo garantito rappresentano le prestazioni certe che la Società è tenuta a corrispondere, laddove il contratto sia in regola con il versamento dei premi, in base alle Condizioni contrattuali e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al tasso di rendimento stabilito dall'ISVAP sono meramente indicativi e non impegnano in alcun modo la Società. Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate.

SVILUPPO DEI PREMI, DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RIDUZIONE E DI RISCATTO IN BASE A:

A) TASSO TECNICO

Tasso tecnico: 2,50%
 Età dell'Assicurato: 45 anni
 Durata pagamento premi: 20 anni
 Sesso dell'Assicurato: Maschio
 Premio annuo iniziale: Euro 1.500

Anni trascorsi	Premio annuo	Cumulo premi annui	Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato			Prestazioni in caso di sospensione pagamento premi			
			Capitale a vita intera (a)	Capitale di potenziamento in caso di decesso (b)	Capitale assicurato (a + b)	Valore di riscatto a fine anno	% Perdita in caso di riscatto	Capitale ridotto a fine anno	Capitale ridotto al termine del piano dei versamenti
1	1.500,00	1.500,00	44.262,17	5.550,48	49.812,65	0,00	100,00%	0,00	0,00
2	1.500,00	3.000,00	44.262,17	5.258,35	49.520,52	0,00	100,00%	0,00	0,00
3	1.500,00	4.500,00	44.262,17	4.966,22	49.228,39	3.786,19	15,86%	8.102,14	8.102,14
4	1.500,00	6.000,00	44.262,17	4.674,09	48.936,26	5.048,26	15,86%	10.568,56	10.568,56
5	1.500,00	7.500,00	44.262,17	4.381,96	48.644,13	6.310,32	15,86%	12.926,25	12.926,25
6	1.500,00	9.000,00	44.262,17	4.089,82	48.352,00	7.572,38	15,86%	15.180,20	15.180,20
7	1.500,00	10.500,00	44.262,17	3.797,69	48.059,87	8.834,45	15,86%	17.335,08	17.335,08
8	1.500,00	12.000,00	44.262,17	3.505,56	47.767,74	10.096,51	15,86%	19.395,11	19.395,11
9	1.500,00	13.500,00	44.262,17	3.213,43	47.475,61	11.358,57	15,86%	21.366,94	21.366,94
10	1.500,00	15.000,00	44.262,17	2.921,30	47.183,48	12.620,64	15,86%	23.254,18	23.254,18
11	1.500,00	16.500,00	44.262,17	2.629,17	46.891,35	13.882,70	15,86%	25.061,65	25.061,65
12	1.500,00	18.000,00	44.262,17	2.337,04	46.599,22	15.144,77	15,86%	26.793,72	26.793,72
13	1.500,00	19.500,00	44.262,17	2.044,91	46.307,09	16.406,83	15,86%	28.455,14	28.455,14
14	1.500,00	21.000,00	44.262,17	1.752,78	46.014,96	17.668,89	15,86%	30.042,55	30.042,55
15	1.500,00	22.500,00	44.262,17	1.460,65	45.722,82	18.930,96	15,86%	31.562,83	31.562,83

16	1.500,00	24.000,00	44.262,17	1.168,52	45.430,69	20.193,02	15,86%	33.021,36	33.021,36
17	1.500,00	25.500,00	44.262,17	876,39	45.138,56	21.455,09	15,86%	34.424,74	34.424,74
18	1.500,00	27.000,00	44.262,17	584,26	44.846,43	22.717,15	15,86%	35.773,74	35.773,74
19	1.500,00	28.500,00	44.262,17	292,13	44.554,30	23.979,21	15,86%	37.078,41	37.078,41
20	1.500,00	30.000,00	44.262,17	0,00	44.262,17	25.241,28	15,86%	44.262,17	44.262,17

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica. Non essendo previsto ai fini del riscatto alcun rendimento minimo garantito, come si evince dalla tabella il recupero dei premi versati non avviene entro il termine del piano dei versamenti.

B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

Tasso di rendimento finanziario: 4,00%

Rendimento minimo trattenuto: 0,90%

Tasso di rendimento riconosciuto: 3,10%

Tasso tecnico: 2,50%

Misura annua di rivalutazione: 0,59%

Età dell'Assicurato: 45 anni

Durata del pagamento dei premi: 20 anni

Sesso dell'Assicurato: Maschio

Premio annuo iniziale: Euro 1.500

Anni trascorsi	Premio annuo	Cumulo premi annui	Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato			Prestazioni in caso di sospensione pagamento premi			
			Capitale a vita intera (a)	Capitale di potenziamento in caso di decesso (b)	Capitale assicurato (a+b)	Valore di riscatto a fine anno	% Perdita in caso di riscatto	Capitale ridotto a fine anno	Capitale ridotto al termine del piano dei versamenti
1	1.500,00	1.500,00	44.557,79	5.550,48	50.108,27	0,00	100,00%	0,00	0,00
2	1.508,85	3.008,85	44.853,43	5.258,35	50.111,78	0,00	100,00%	0,00	0,00
3	1.517,75	4.526,60	45.149,09	4.966,22	50.115,31	3.853,60	14,87%	8.246,39	9.113,72
4	1.526,71	6.053,31	45.444,77	4.674,09	50.118,86	5.168,46	14,62%	10.820,20	11.888,10
5	1.535,71	7.589,02	45.740,47	4.381,96	50.122,43	6.498,66	14,37%	13.312,06	14.540,10
6	1.544,78	9.133,80	46.036,20	4.089,82	50.126,02	7.844,45	14,12%	15.725,61	17.075,56
7	1.553,89	10.687,69	46.331,94	3.797,69	50.129,63	9.205,83	13,87%	18.063,81	19.499,43
8	1.563,06	12.250,75	46.627,71	6.505,56	50.133,27	10.583,04	13,61%	20.329,72	21.816,70
9	1.572,28	13.823,03	46.923,49	3.213,43	50.136,92	11.976,15	13,36%	22.528,69	24.034,71
10	1.581,56	15.404,59	47.219,30	2.921,30	50.140,60	13.385,38	13,11%	24.663,25	26.157,63
11	1.590,89	16.995,48	47.515,13	2.629,17	50.144,30	14.810,77	12,85%	26.737,05	28.190,76
12	1.600,27	18.595,75	47.810,98	2.337,04	50.148,02	16.252,47	12,60%	28.753,44	30.138,96
13	1.609,71	20.205,46	48.106,85	2.044,91	50.151,76	17.710,71	12,35%	30.716,52	32.007,79
14	1.619,21	21.824,67	48.402,75	1.752,78	50.155,53	19.185,63	12,09%	32.621,47	33.793,44
15	1.628,77	23.453,44	48.698,66	1.460,65	50.159,31	20.677,40	11,84%	34.474,60	35.503,67
16	1.638,38	25.091,82	48.994,60	1.168,52	50.163,12	22.186,02	11,58%	36.280,49	37.144,31
17	1.648,04	26.739,86	49.290,57	876,39	50.166,96	23.711,64	11,32%	38.045,38	38.722,76
18	1.657,77	28.397,63	49.586,55	584,26	50.170,81	25.254,67	11,07%	39.769,69	40.240,36
19	1.667,55	30.065,18	49.882,56	292,13	50.174,69	26.814,97	10,81%	41.463,27	41.707,90
20	1.677,38	31.742,56	50.178,59	0,00	50.178,59	28.392,68	10,55%	50.178,59	50.178,59

Le prestazioni indicate nelle tabelle sopra riportate sono espresse in Euro e al lordo delle eventuali imposte.

Helvetia Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

*L'Amministratore Delegato e Direttore Generale
Fabio Bastia*



**La presente Nota informativa è stata redatta in Milano nel mese di Maggio 2012,
data dell'ultimo aggiornamento dei dati in essa inclusi.**

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Prestazione principale in caso di decesso

Il presente contratto è disciplinato dalle:

- Condizioni contrattuali della prestazione principale in caso di decesso, di seguito riportate;
- Condizioni Particolari per le polizze senza o – alternativamente – con visita medica, se richiamate in polizza, di seguito riportate;
- Condizioni contrattuali della prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento premi per invalidità totale e permanente, di seguito riportate;
- Norme di legge per quanto non espressamente disciplinato.

Art. 1 – Capitale assicurato

In base al presente contratto la Società garantisce, in caso del decesso dell'Assicurato, il pagamento, ai Beneficiari designati, del capitale assicurato.

L'ammontare iniziale del capitale assicurato è dato dalla somma di un:

- capitale a vita intera che viene determinato in funzione dell'età, del sesso, dello stato di salute e delle abitudini di vita dell'Assicurato, delle caratteristiche del piano di versamenti prescelto, nonché del rendimento attribuito sotto forma di tasso tecnico. Ai soli fini della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato, la Società riconosce infatti - sotto forma di tasso tecnico - un rendimento minimo garantito nella misura del 2,50% annuo composto che viene pre-attribuito in fase di determinazione del capitale a vita intera iniziale. Tale capitale a vita intera è previsto fino alla risoluzione del contratto;
- un capitale di potenziamento in caso di decesso che viene determinato applicando al capitale a vita intera una percentuale crescente al crescere della durata del piano di versamenti prescelta dal Contraente, secondo quanto indicato nella tabella seguente. Tale capitale di potenziamento in caso di decesso decresce annualmente fino ad estinguersi al termine del piano di versamenti, in funzione dell'Importo di Decrescenza di cui al successivo Art. 4.D).

**Tabella per la determinazione del capitale di potenziamento in caso di decesso
(percentuale applicata sul capitale a vita intera)**

Durata piano versamenti (annualità)	Percentuale di potenziamento (% del capitale a vita intera)	Durata piano versamenti (annualità)	Percentuale di potenziamento (% del capitale a vita intera)
5	3,00%	25	17,25%
6	3,66%	26	17,94%
7	4,27%	27	18,90%
8	4,88%	28	19,60%
9	5,58%	29	20,59%
10	6,20%	30	21,30%
11	6,93%	31	22,32%
12	7,56%	32	23,04%
13	8,19%	33	24,09%
14	8,96%	34	24,82%
15	9,60%	35	25,90%
16	10,40%	36	26,64%
17	11,05%	37	27,75%
18	11,88%	38	28,88%
19	12,54%	39	29,64%
20	13,20%	40	30,80%
21	14,07%	-	-
22	14,74%	-	-
23	15,64%	-	-
24	16,32%	-	-

Il capitale assicurato iniziale, con evidenza delle componenti richiamate nella tabella sopra riportata, viene rappresentato in polizza e si rivaluta annualmente secondo le modalità fissate al successivo Art.4.

Assunzione del rischio

Prima della conclusione del contratto, la Società cura l'assunzione del rischio mediante valutazione:

- delle attività lavorative e/o sportive praticate anche saltuariamente dall'Assicurato;
- delle sue abitudini di vita;
- del suo stato di salute.

In funzione dell'ammontare del capitale assicurato, nonché dell'età dell'Assicurato, la Società prevede la compilazione del questionario sanitario (o, alternativamente, la sottoposizione dell'Assicurato a visita medica e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari ritenuti indispensabili per la valutazione del rischio) e del questionario sullo stile di vita.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione di alcune tipologie di rischio ovvero di prevederne comunque l'assunzione, limitando la portata della copertura offerta e/o disponendo l'eventuale applicazione di specifici sovrappremi.

Si richiama la necessità di leggere le Avvertenze contenute nella polizza relative alla compilazione dei suddetti questionari.

Art. 2 – Premio

Il presente contratto prevede il pagamento, da parte del Contraente, di una serie di premi annui rivalutabili nell'ambito del piano di versamenti prescelto.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto, il premio annuo si rivaluta secondo le modalità indicate al successivo Art.4.C).

Il Contraente - mediante richiesta scritta alla Società effettuata con un preavviso di almeno 3 mesi - può rinunciare alla rivalutazione del premio con effetto a partire dall'anniversario della data di decorrenza del contratto immediatamente successivo alla richiesta. Nel caso il Contraente si avvalga della facoltà di rinunciare alla rivalutazione del premio, i premi annui successivi saranno di importo costante, pari all'importo annuo dovuto all'epoca della rinuncia, ed il capitale assicurato si rivaluterà secondo le modalità indicate al successivo Art.4.B.2. La rinuncia alla rivalutazione del premio non pregiudica la facoltà del Contraente di ripristinarla successivamente.

In alternativa al versamento dei premi in soluzione annua, il Contraente può scegliere una modalità di pagamento frazionata - su base semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile - con l'applicazione, sul premio stesso, degli **interessi di frazionamento** indicati al successivo Art.3. Resta fermo in ogni caso che il premio minimo da versare su base annua deve essere almeno pari ad **Euro 500**, importo già comprensivo della parte di premio relativa alla prestazione complementare di esonero pagamento dei premi.

Il Contraente - mediante richiesta scritta alla Società effettuata con un preavviso di almeno 1 mese - può modificare la modalità di frazionamento del premio prescelta con effetto a partire dall'anniversario della data di decorrenza del contratto immediatamente successivo alla richiesta.

Il pagamento dei premi avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:

- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;
- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;
- carta di debito o credito se accettata dall'Intermediario;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente.

A richiesta del Contraente, i premi successivi a quello di perfezionamento possono essere corrisposti anche tramite R.I.D. (rimessa interbancaria diretta), attivabile mediante compilazione di apposita modulistica fornita dalla Società fermo restando che - nel caso sia stata scelta una periodicità di pagamento mensile o bimestrale - il R.I.D. sarà attivo rispettivamente a partire dalla terza o dalla quarta ricorrenza mensile della data di decorrenza.

Il pagamento dei premi deve, invece, essere effettuato esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F030691271110000008137:

- per importi di premio superiori ad Euro 250.000 (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente ed il nome del prodotto);

- in caso il prodotto sia collocato a mezzo di fattispecie contrattuali qualificabili come contratti di appalto pubblico di servizi in base al Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. n. 163/2006), per i quali la Società assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010 e successive modifiche (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP, il nome del prodotto).

E' escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quelle indicate.

Resta inteso che un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.

Nel caso in cui, prima del termine pagamento dei premi, si verifichi il decesso dell'Assicurato, non è più dovuto alcun premio da parte del Contraente.

Nel caso in cui, prima del termine pagamento dei premi, si verifichi l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, si attiverà la prestazione complementare di esonero pagamento premi e pertanto non è più dovuto alcun premio da parte del Contraente.

Per dettagli sulla parte di premio relativa alla garanzia complementare obbligatoria di esonero pagamento premi si rimanda all'Art.3 delle relative Condizioni contrattuali.

Art. 3 – Costi

Dai premi versati la Società trattiene le spese relative all'acquisizione, alla gestione, all'emissione del contratto e all'incasso dei premi, come di seguito dettagliato.

Tipologia di spesa	Spese (percentuali del premio o importo)	Note
Spese di acquisto	5,00%	Complessivamente pari al 15,00% di ciascun premio, al netto della componente relativa all'esonero pagamento premi
Spese di gestione	5,00%	
Spese di incasso	5,00%	
Spese di emissione del contratto	Euro 25,00	Le spese di emissione sono trattenute solo in caso di recesso dal contratto

Nel caso il Contraente intenda versare il premio annuo con modalità frazionata, sul premio stesso vengono applicati interessi di frazionamento secondo quanto indicato nella tabella seguente.

Frazionamento del premio annuo	Interesse di frazionamento
Semestrale	1,00%
Quadrimestrale	1,25%
Trimestrale	1,50%
Bimestrale	1,75%
Mensile	2,00%

Sono inoltre previsti costi inerenti la prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento premi forfettariamente determinati pari all'1,00% del premio da esonerare al quale vanno aggiunte le imposte (pari al 2,50% applicate sul premio della garanzia complementare di esonero pagamento premi).

In caso di riscatto il costo dell'operazione è:

- durante il piano di versamento dei premi: **pari al 15,00%** dei premi versati, al netto della componente relativa all'esonero pagamento premi (corrispondente alla somma delle spese di acquisto, di gestione e di incasso);
- dopo il termine del piano di versamento dei premi: determinabile in funzione del sesso e dell'età dell'Assicurato, secondo quanto indicato al successivo Art.5.

Art. 4 – Clausola di Rivalutazione

La rivalutazione delle prestazioni e dei premi relativi a HELVETIA PLURIMA avviene in base al rendimento della gestione separata denominata Helvirend. Tale gestione separata viene annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione contabile iscritta nell'albo speciale, che attesta la correttezza della gestione ed i risultati dalla stessa conseguiti.

Si rinvia per i dettagli della gestione separata Helvirend al Regolamento della gestione stessa, contenuto nelle presenti Condizioni contrattuali.

A) Misura annua di rivalutazione

Annualmente la Società calcola il rendimento della gestione Helvirend – che viene maturato dal 1 Gennaio al 31 Dicembre di ogni anno e certificato, dalla società di revisione sopra richiamata, entro l'1 Marzo successivo – attribuendo a ciascun contratto collegato alla gestione una quota parte del suddetto rendimento, denominata "misura annua di rivalutazione".

La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico del 2,50%, la differenza tra il rendimento riconosciuto ed il suddetto tasso tecnico.

Per rendimento riconosciuto si intende la differenza tra il rendimento della gestione separata Helvirend e il rendimento minimo trattenuto previsto dal contratto, **pari a 0,90 punti percentuali**.

La misura annua di rivalutazione non può comunque essere inferiore a 0,00%.

Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato o il riscatto in una data in cui non sia stato ancora certificato il rendimento della gestione separata Helvirend applicabile per quell'anno (ossia nel caso in cui il decesso o il riscatto avvenga tra l'1 Gennaio ed anteriormente all'1 Marzo), ai fini della determinazione della misura annua di rivalutazione si farà riferimento al rendimento della gestione separata Helvirend certificato l'anno precedente.

B) Rivalutazione del capitale assicurato

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto il capitale assicurato si rivaluta secondo modalità diverse a seconda che:

- B.1. Il contratto sia al corrente con il pagamento dei premi (ed il Contraente consenta la rivalutazione del premio);
- B.2. il contratto sia al corrente con il pagamento dei premi ma il Contraente abbia rinunciato alla rivalutazione del premio stesso (premio costante);
- B.3. il contratto sia in vigore per un capitale assicurato "ridotto" (qualora cioè il Contraente abbia sospeso il pagamento dei premi dopo aver interamente pagato almeno tre annualità di premio) ai sensi del successivo Art. 6.

B.1. Il contratto sia al corrente con il pagamento dei premi rivalutati

Fino al termine del piano di versamento dei premi (compreso) ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto il capitale assicurato all'anniversario precedente viene incrementato di un importo pari al prodotto del capitale stesso per la misura annua di rivalutazione fissata a norma del punto A). Il capitale così ottenuto viene diminuito dell'Importo di Decrescenza gravante sul contratto di cui al successivo punto D).

Successivamente al termine del piano di versamento dei premi ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto il capitale assicurato all'anniversario precedente viene aumentato di un importo pari al prodotto del capitale stesso per la misura annua di rivalutazione fissata a norma del punto A).

B.2. Il contratto sia al corrente con il pagamento dei premi costanti

Fino al termine del piano di versamento dei premi (compreso) il capitale assicurato all'anniversario della data di decorrenza precedente viene aumentato di:

- un importo determinato in base al prodotto del capitale assicurato iniziale per la misura annua di rivalutazione, di cui al precedente punto A). Il valore così ottenuto viene moltiplicato per il rapporto tra il numero degli anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto ed il numero degli anni di durata del piano di versamenti;

- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando la differenza fra il capitale assicurato nel periodo annuale precedente ed il capitale iniziale, per la misura annua di rivalutazione di cui al punto A);
- e successivamente diminuito dell'Importo di Decrescenza di cui al successivo punto D).

Successivamente al termine del piano di versamento dei premi ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto il capitale assicurato all'anniversario precedente viene aumentato di un importo pari al prodotto del capitale stesso per la misura annua di rivalutazione fissata a norma del punto A).

B.3. Il contratto sia in vigore per un capitale assicurato "ridotto"

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto, il capitale assicurato ridotto in vigore all'anniversario precedente viene incrementato di un importo pari al prodotto del capitale ridotto per la misura annua di rivalutazione fissata a norma del punto A).

Ai fini della prima rivalutazione del capitale assicurato ridotto si farà riferimento al capitale ridotto iniziale di cui al successivo Art.6.

C) Rivalutazione del premio annuo

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto il premio annuo dovuto all'anniversario precedente viene aumentato di un importo pari al prodotto del premio annuo stesso per la misura annua di rivalutazione fissata a norma del punto A).

D) Importo di Decrescenza ai fini del capitale di potenziamento in caso di decesso

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto e fino al termine del piano di versamento dei premi prescelto dal Contraente, il capitale assicurato - già incrementato sulla base della misura annua di rivalutazione di cui al precedente punto A) - viene diminuito di un importo fisso denominato "Importo di Decrescenza".

Detto importo, pari al rapporto tra l'ammontare del capitale di potenziamento in caso di decesso iniziale e la durata del piano di versamento dei premi, viene indicato dalla Società all'interno del documento di polizza.

Art. 5 – Riscatto

Purché siano state interamente pagate **almeno 3 annualità di premio** e l'Assicurato sia in vita, il Contraente può chiedere la risoluzione anticipata del contratto e la liquidazione del valore di riscatto.

Il valore di riscatto viene determinato con modalità diverse in funzione dell'epoca in cui viene effettuato il riscatto e del numero di premi pagati.

A) Nel caso il riscatto venga effettuato nel corso del piano di versamenti dei premi ed il Contraente:

1. abbia pagato tutti i premi previsti dal piano fino alla data del riscatto, il valore di riscatto è pari al prodotto dell'ultimo premio annuo rivalutato, diminuito dei costi di cui all'Art.3, per il numero di premi pagati tenendo conto anche delle frazioni di anno;
2. non abbia pagato tutti i premi previsti dal piano fino alla data di riscatto, il valore di riscatto è pari al prodotto del capitale assicurato ridotto in vigore alla data del riscatto, quale determinato ai sensi del successivo Art.6, per il coefficiente - riportato nella sottostante "Tabella dei coefficienti per valori di riscatto" - relativo al sesso e all'età dell'Assicurato al momento della sospensione del versamento dei premi.

B) Nel caso il riscatto venga effettuato dopo il termine del piano dei versamenti ed il Contraente:

1. abbia pagato tutti i premi previsti dal piano, il valore di riscatto si determina moltiplicando l'ultimo capitale rivalutato, per il coefficiente - riportato nella sottostante "Tabella dei coefficienti per valori di riscatto" - relativo al sesso e all'età dell'Assicurato rilevato in funzione del numero di anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza;
2. non abbia pagato tutti i premi previsti dal piano fino alla data di riscatto, il valore di riscatto è pari al prodotto del capitale assicurato ridotto in vigore alla data del riscatto, quale determinato ai sensi del successivo Art. 6, per il coefficiente - riportato nella sottostante "Tabella dei coefficienti per valori di riscatto" - relativo al sesso e all'età dell'Assicurato al momento della sospensione del versamento dei premi.

TABELLA DEI COEFFICIENTI PER VALORI DI RISCATTO

Età	Maschi	Femmine	Età	Maschi	Femmine
18	0,236105	0,203657	55	0,542726	0,484761
19	0,241573	0,208595	56	0,553942	0,495480
20	0,247119	0,213649	57	0,565236	0,506377
21	0,252776	0,218823	58	0,576586	0,517431
22	0,258556	0,224135	59	0,588129	0,528687
23	0,264461	0,229573	60	0,599786	0,540110
24	0,270510	0,235148	61	0,611514	0,551701
25	0,276722	0,240864	62	0,623246	0,563438
26	0,283079	0,246723	63	0,635023	0,575379
27	0,289592	0,25	64	0,646716	0,587437
28	0,296266	0,258851	65	0,658470	0,599661
29	0,303112	0,265127	66	0,670295	0,612051
30	0,310133	0,271546	67	0,682186	0,624594
31	0,317343	0,278127	68	0,694208	0,637350
32	0,324738	0,284860	69	0,706297	0,650266
33	0,332324	0,291749	70	0,718388	0,663284
34	0,340104	0,298806	71	0,730313	0,676323
35	0,348059	0,306019	72	0,742086	0,689373
36	0,356191	0,313387	73	0,753748	0,702444
37	0,364507	0,320915	74	0,765200	0,715485
38	0,372986	0,328599	75	0,776470	0,728513
39	0,381640	0,336445	76	0,787628	0,741522
40	0,390461	0,344457	77	0,798490	0,754436
41	0,399450	0,352628	78	0,809119	0,767228
42	0,408624	0,360969	79	0,819494	0,779817
43	0,417984	0,369472	80	0,829524	0,792131
44	0,427513	0,378155	81	0,839155	0,804170
45	0,437211	0,386993	82	0,848482	0,815810
46	0,447072	0,396010	83	0,857323	0,826964
47	0,457112	0,405194	84	0,865763	0,837661
48	0,467307	0,414538	85	0,874073	0,848126
49	0,477668	0,424067	86	0,882608	0,858609
50	0,488179	0,433759	87	0,890999	0,869064
51	0,498833	0,443620	88	0,898934	0,878934
52	0,509628	0,453657	89	0,905426	0,887312
53	0,520570	0,463861	90	0,910517	0,894247
54	0,531595	0,474217			

L'operazione di riscatto risolve il contratto e lo rende privo di qualsiasi ulteriore valore ed effetto dalla data della richiesta.

Art. 6 – Sospensione del pagamento dei premi: riduzione e risoluzione

Nel caso, anteriormente al termine del piano di versamenti, il Contraente sospenda il pagamento dei premi annui, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza del primo premio arretrato, si verificano conseguenze diverse sul contratto in funzione del numero di annualità di premio pagate alla data di sospensione.

Qualora siano state interamente pagate almeno 3 annualità di premio, in caso di sospensione del pagamento dei premi, il contratto rimane in vigore, libero dal versamento di ulteriori premi, per un capitale assicurato "ridotto".

In tale caso viene meno la copertura di esonero pagamento premi per invalidità totale e permanente.

Il capitale assicurato ridotto iniziale viene determinato dividendo il valore di riscatto, calcolato al momento della sospensione del pagamento dei premi ai sensi del precedente Art.5, per il coefficiente indicato nella "Tabella dei coefficienti per valori di riscatto" rilevato in corrispondenza del sesso e dell'età dell'Assicurato al momento della sospensione del versamento dei premi.

Il capitale assicurato ridotto viene rivalutato, ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto successivo alla data di sospensione del versamento dei premi, come indicato al precedente Art.4.B.3.

Nel caso non siano state interamente pagate almeno 3 annualità di premio, la sospensione del pagamento dei premi determina la risoluzione del contratto. In tal caso, qualora siano decorsi inutilmente i termini di riattivazione di cui al successivo Art.7, i premi versati restano acquisiti dalla Società.

In caso di sospensione del versamento dei premi il Contraente ha la facoltà di procedere alla riattivazione del contratto nei termini e con le modalità indicati al successivo Art.7. Successivamente al termine del piano di versamento dei premi il capitale assicurato continua a rivalutarsi ai sensi del precedente Art.4.B.1.

Art. 7 – Riattivazione

In caso di riduzione del capitale assicurato o di risoluzione del contratto a causa della sospensione del pagamento dei premi da parte del Contraente, quest'ultimo ha la facoltà di procedere alla riattivazione del contratto entro 1 anno dalla scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta, purché l'Assicurato sia in vita.

La riattivazione viene accordata contro il pagamento di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione nonché in base al periodo di tempo intercorso tra la data di scadenza di ciascun premio e quella di riattivazione.

Per saggio annuo di riattivazione si intende il saggio che si ottiene sommando due punti alla misura percentuale della rivalutazione applicata al contratto a norma del punto A) della Clausola di Rivalutazione (Art.4) con un minimo del saggio legale d'interesse.

La riattivazione del contratto, risolto o ridotto per mancato versamento dei premi, effettuata nei termini di cui ai commi precedenti, ripristina – con effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto – le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi.

In pari data viene riattivata anche la copertura complementare obbligatoria di esonero pagamento premi per invalidità totale e permanente.

Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte, complete e veritiere.

Decorsi 6 mesi dall'entrata in vigore della polizza o dalla sua riattivazione, il contratto è incontestabile per reticenze o dichiarazioni inesatte del Contraente o dell'Assicurato nella polizza e negli altri documenti, salvo il caso di dolo o colpa grave.

L'inesatta indicazione dell'età e del sesso dell'Assicurato comporta la rettifica, in base ai dati reali, del capitale assicurato.

Art. 9 – Esclusioni

Il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salve le esclusioni di seguito riportate.

È escluso dalla copertura assicurativa il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- patologie derivanti da abuso d'alcool;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope.

È inoltre escluso dalla prestazione, salvo diversa valutazione della Società da effettuarsi prima della conclusione del contratto ed attestata da specifica clausola riportata in polizza o in apposita appendice, a fronte dell'applicazione di uno specifico sovrappremio, il decesso causato da:

- **pratica delle seguenti professioni:** operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente, entri in contatto con prodotti e/o sostanze pericolose (esplosivi, corrosive, infiammabili, tossiche, nocive); operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente, risulti esposto a radiazioni di qualunque genere; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; addetto delle forze armate, se impiegato in missioni all'estero;
- **pratica delle seguenti attività sportive:** sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere.

In tutti i casi sopra descritti, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente una prestazione pari alla somma dei premi versati, al netto dei costi indicati all'Art.3, in luogo di quella prevista all'Art.1.

Resta inoltre inteso che la Società si riserva di valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:

- includendo le medesime nella prestazione, a fronte dell'applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in polizza o in apposita appendice;
o, in alternativa,
- escludendo dalla prestazione il decesso causato dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in polizza o in apposita appendice.

Art. 10 – Conclusione del Contratto

Il contratto si intende concluso all'atto del perfezionamento della polizza, vale a dire nel momento in cui vengono apposte sulla polizza le firme della Società e del Contraente (nonché dell'Assicurato, se persona diversa dal Contraente) e quest'ultimo provvede contestualmente al pagamento della prima rata di premio.

Art. 11 – Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Entro tale termine il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società, con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Operations – Canale HV – Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia).

La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione futura derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro di invio della stessa.

La Società entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle imposte e delle spese di emissione del contratto pari ad Euro 25,00, con il limite del premio versato.

La Società si riserva inoltre di recuperare:

- la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;
- le spese effettivamente sostenute per la visita medica e gli ulteriori accertamenti sanitari, laddove previsti.

Art. 12 – Decorrenza e durata del contratto

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, la copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel documento di polizza quale data di decorrenza.

Nell'ambito di HELVETIA PLURIMA occorre distinguere fra:

- *durata del contratto* – intendendosi per tale l'arco di tempo durante il quale opera la copertura assicurativa – che è a vita intera, pertanto la sua durata coincide con la vita dell'Assicurato;
- *durata del piano* – intendendosi per tale il periodo di versamento dei premi annui – che è scelta dal Contraente tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 40 anni, fermo restando che l'Assicurato alla data di decorrenza abbia un'età assicurativa almeno pari a 18 anni e non superiore ad 85, e che al termine del piano non superi i 90 anni.

Art. 13 – Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le prestazioni assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Società ne faccia annotazione sull'originale di polizza o su appendice, che diviene parte integrante del contratto.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto totale o parziale richiedono l'assenso scritto del creditore pignoratizio o vincolatario.

Art. 14 – Beneficiari

Ai sensi dell'Art. 1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Il Contraente designa i Beneficiari e può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione. 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 il decesso del Contraente;
- dopo che, verificatosi il decesso dell'Assicurato, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Nei primi due casi, le operazioni di riscatto, pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. Sono comunque salve le previsioni di cui all'articolo 1922 del Codice Civile.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere effettuate mediante comunicazione scritta, sottoscritta in originale dal Contraente, alla Società o mediante testamento.

Art. 15 – Pagamenti della Società

Ogni richiesta di liquidazione dovrà essere inviata alla Società tramite l'apposito modulo "Richiesta di pagamento" allegata alle presenti Condizioni contrattuali oppure tramite lettera raccomandata A/R corredata dai seguenti documenti:

- In caso di riscatto totale:
 - richiesta di riscatto sottoscritta in originale dall'avente diritto;
 - certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (se l'Assicurato è diverso dal Contraente) o autocertificazione on allegato un valido documento di identità dell'Assicurato;
 - originale di polizza ed eventuali appendici, (in caso di smarrimento denuncia presso le autorità competenti o dichiarazione autografa);
 - codice fiscale e fotocopia leggibile di un valido documento di identità del Contraente;
 - coordinate bancarie del Contraente per le operazioni di accredito (Banca e codice IBAN).
Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Contraente stesso.
 - In caso di decesso dell'Assicurato:
 - consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dai Beneficiari in caso di decesso (legge 196/2003);
 - originale di polizza ed eventuali appendici (in caso di smarrimento denuncia presso le autorità competenti o dichiarazione autografa);
 - ultima quietanza di premio pagata;
 - codice fiscale e fotocopia leggibile di un valido documento di identità degli aventi diritto;
 - certificato di decesso dell'Assicurato (in originale);
 - denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato;
 - copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenne o incapace;
 - atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicato:
 - se il Contraente ha lasciato o meno testamento (solo qualora il Contraente stesso coincida con l'Assicurato). In caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve riportarne gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
 - quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire (solo qualora gli eredi legittimi siano i Beneficiari in caso di decesso designati).
- Per capitali non superiori ad Euro 50.000,00 potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;
- coordinate bancarie degli aventi diritto per le operazioni di accredito (Banca e codice IBAN).
Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dagli aventi diritto stessi.

Peraltro, in presenza di particolari esigenze istruttorie ed al fine di integrare le risultanze già acquisite, la Società si riserva di richiedere ulteriori documenti in relazione alle circostanze in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato, quali ad esempio:

- relazione del medico curante redatta su apposito modulo ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio, copia di un articolo di giornale (se disponibile) che riporti le circostanze dell'accaduto, e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti.

La Società si riserva di chiedere ulteriore documentazione a fronte di particolari esigenze istruttorie.

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

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa sopra riportata presso la propria sede, ovvero alla data di ricevimento presso l'Intermediario interessato, se anteriore.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati, nella misura degli interessi legali in vigore, a partire dal giorno in cui la Società/Intermediario è entrata in possesso della documentazione completa.

Art. 16 – Tasse ed imposte

Tasse ed imposte relative al presente contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 17 – Procedimento di mediazione e foro competente

Ai sensi del D.Lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni, le controversie relative al presente contratto devono essere preliminarmente sottoposte a procedimento di mediazione innanzi ad Organismi di Mediazione iscritti in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia.

In seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione, le Parti potranno utilmente adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.

Art. 18 – Non pignorabilità e non sequestrabilità delle prestazioni assicurate

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

Sono salve, rispetto al premio pagato, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (Art. 1923, comma 2 del Codice Civile).

Condizioni Particolari – Polizza senza visita medica

Clausola di carenza generale

A parziale deroga delle Condizioni contrattuali, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento del premio, il capitale assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla somma dei premi versati, al netto dei costi indicati all'Art.3 delle Condizioni contrattuali e della quota di premio relativo al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati in polizza - l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di decorrenza, dei contratti sostituiti.

La Società non applicherà entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto la limitazione sopra indicata e pertanto la prestazione dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in polizza, qualora il decesso sia conseguenza diretta di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza del contratto;
- infortunio - intendendosi per tale (fermo quanto disposto dall'Art.9 delle Condizioni contrattuali) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso - avvenuto dopo la data di decorrenza.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di conclusione del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla somma dei premi incassati, al netto dei costi di cui all'Art.3 e della quota di premio relativo al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto (nel caso di riduzione il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso di decesso).

Clausola di carenza ridotta

(per il caso in cui l'Assicurato fornisca alla Società test HIV con esito negativo)

Il testo della clausola è analogo a quello della Clausola di carenza generale (sopra riportata), fatta eccezione per l'ultimo capoverso, che viene omesso.

Condizioni Particolari – Polizza con visita medica

Clausola di carenza quinquennale per decesso dovuto ad infezione da HIV

(per il caso in cui l'Assicurato non fornisca alla Società test HIV con esito negativo)

A parziale deroga delle Condizioni contrattuali, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di conclusione del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla somma dei premi versati, al netto dei costi indicati all'Art.3 delle Condizioni contrattuali e della quota di premio relativo al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto (nel caso di riduzione il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso di decesso).

Clausola di carenza settennale per decesso dovuto ad infezione da HIV

(per il caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma, nonostante l'esplicita richiesta della Società, non intenda sottoporsi al test HIV e/o non abbia fornito test HIV con esito negativo)

Dal momento che l'Assicurato non ha aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, a parziale deroga delle Condizioni contrattuali, rimane convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 7 anni dalla data di conclusione del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla somma dei premi versati, al netto dei costi indicati all'Art.3 delle Condizioni contrattuali e della quota di premio relativo al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto (nel caso di riduzione il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso di decesso).

Prestazione Complementare Obbligatoria di esonero pagamento premi

Art. 1 – Prestazioni assicurate

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, che abbia come conseguenza una invalidità totale e permanente dell'Assicurato di grado superiore al 66,00%, la Società esonera il Contraente dal pagamento del premio annuo relativo alla prestazione principale in caso di decesso, a partire dalla data di accertamento dell'invalidità totale e permanente.

In tal caso quindi la prestazione principale continuerà a rivalutarsi analogamente a quanto avveniva anteriormente all'attivazione della presente prestazione complementare.

Art. 2 – Definizione di invalidità totale e permanente

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (capacità lavorativa generica), indipendentemente da quella effettivamente svolta dall'Assicurato, sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66,00%.

L'invalidità totale e permanente deve essere stata causata, indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato, da una malattia organica o da un infortunio che risultino oggettivamente accertabili.

Per la determinazione del grado di invalidità, resta inteso che la Società adotterà le percentuali riportate nella Tabella INAIL, di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n.1124 e successive modifiche.

Art. 3 – Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'Art.1 sono garantite previo pagamento alla Società, da parte del Contraente, di un premio, comprensivo delle imposte, che si rivaluterà annualmente nella stessa misura di rivalutazione del premio relativo alla prestazione principale.

Il pagamento del premio della presente prestazione complementare viene effettuato congiuntamente al premio della prestazione principale, all'atto della conclusione del contratto, per tutta la durata del piano e con la medesima periodicità, ma non oltre l'accertamento dell'invalidità totale e permanente ai sensi del successivo Art.9.

Il premio relativo al primo anno di durata del piano è dovuto per intero.

Art. 4 – Mancato pagamento del premio e riattivazione

Il Contraente non può interrompere il pagamento del premio relativo alla prestazione complementare in quanto quest'ultimo costituisce parte integrante del premio pattuito per l'intero contratto. Ne consegue che il pagamento di somme parziali equivale al mancato pagamento del premio relativo all'intero contratto.

Il mancato pagamento del premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della presente prestazione.

La ripresa del versamento del premio, effettuata nei termini e secondo le modalità previste dall'Art.7 delle Condizioni contrattuali relative alla prestazione principale in caso di decesso, ripristina la prestazione complementare con effetto dalle ore 24:00 del giorno del versamento dell'importo dovuto.

Art. 5 – Limitazioni della prestazione complementare

La prestazione complementare non opera in caso di invalidità totale e permanente causata da malattie insorte o manifestatesi nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto.

Art. 6 – Esclusioni

La copertura di esonero pagamento premi non copre l'invalidità totale e permanente causata da:

- malattie preesistenti alla data di decorrenza del contratto o che siano espressione o conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente a tale data;
- infortuni occorsi anteriormente alla data di decorrenza del contratto;
- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale dell'Assicurato che induca pregiudizi fisici;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- 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;
- tentato suicidio;
- patologie derivanti da abuso d'alcool;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- infezione da virus HIV o altre patologie ad essa collegate, anche qualora l'Assicurato abbia fornito alla Società test HIV con esito negativo;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;

- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali.

È inoltre esclusa dalla copertura complementare, salvo diversa valutazione della Società da effettuarsi prima della conclusione del contratto ed attestata da specifica clausola riportata in polizza o in apposita appendice, l'invalidità totale e permanente causata da:

- **pratica delle seguenti professioni:** operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente, entri in contatto con prodotti e/o sostanze pericolose (esplosivi, corrosive, infiammabili, tossiche, nocive); operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente, risulti esposto a radiazioni di qualunque genere; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; addetto delle forze armate, se impiegato in missioni all'estero;
- **pratica delle seguenti attività sportive:** sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere.

Resta inoltre inteso che la Società si riserva di valutare le attività lavorative e/o sportive svolte, anche saltuariamente, dall'Assicurato e dichiarate prima della conclusione del contratto:

- includendo le medesime nella prestazione, a fronte di un'eventuale applicazione di uno specifico sovrappremio aggiuntivo, risultante da specifica clausola riportata in polizza o in apposita appendice; o, in alternativa,
- escludendo dalla prestazione l'invalidità totale e permanente causata dalla pratica di tali attività, risultante da specifica clausola riportata in polizza o in apposita appendice.

Art. 7 – Estinzione della prestazione

La presente prestazione complementare si estingue:

- al termine del piano;
- in caso di mancato pagamento dell'intero premio, trascorsi 12 mesi senza che vi sia stata la ripresa del pagamento del premio stesso;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di risoluzione anticipata del contratto per riscatto o per mancato pagamento del premio relativo ai primi tre anni di durata del piano.

Art. 8 – Denuncia dell'invalidità e obblighi conseguenti

Al manifestarsi della malattia o al verificarsi dell'infortunio che, secondo parere medico, comporti una invalidità totale e permanente, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto alla Società entro 15 giorni dalla data di insorgenza della malattia o di accadimento dell'infortunio ovvero dal momento in cui i medesimi o i propri aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

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

La denuncia deve essere corredata da adeguata certificazione medica (ad esempio copia di esami specialistici, nonché copia integrale di tutte le cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri subiti ecc.) relativa alla natura, decorso, conseguenze della malattia o dell'infortunio e allo stato di invalidità totale e permanente dichiarato, derivante dalla malattia o dall'infortunio.

Per il solo caso di infortunio la denuncia deve altresì contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'infortunio nonché delle cause che lo hanno determinato.

Il Contraente o l'Assicurato devono inoltre:

- inviare alla Società, per tutta la durata del periodo di cura e sino a quando la situazione non è stabilizzata, i certificati medici sul decorso delle lesioni;
- dare immediato avviso alla Società dell'eventuale decesso dell'Assicurato, anche se sopravvenuto durante il periodo di cura.

L'Assicurato deve altresì sottoporsi agli eventuali accertamenti sanitari e controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni possibile informazione a completamento della documentazione fornita.

Art. 9 – Accertamento dell'invalidità totale e permanente

L'accertamento dell'invalidità totale e permanente causata da infortunio o dalla malattia 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 dell'invalidità totale e permanente viene effettuata, secondo i criteri di cui agli Artt.10 e 11, non appena vi sia il consolidamento dei postumi invalidanti derivanti dall'infortunio o dalla malattia e comunque non oltre un

periodo convenzionale massimo di 6 mesi, a partire dalla data di ricevimento della denuncia.

Al termine di tale periodo la Società avvia la fase di accertamento dell'invalidità totale e permanente, che dovrà concludersi entro un arco temporale massimo di 3 mesi.

In caso di controversia, sulla natura dell'infortunio o della malattia, sulle conseguenze degli stessi o sul grado dell'invalidità permanente, la Società ed il Contraente hanno facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto.

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

Fino a quando lo stato di invalidità totale e permanente di grado superiore al 66,00% non sia stato accertato, il Contraente è tenuto al pagamento del premio relativo alla presente prestazione complementare, unitamente al premio relativo alla prestazione principale in caso di decesso.

Una volta accertato lo stato di invalidità la Società si impegna a restituire al Contraente un importo pari ai premi pagati successivamente alla data della denuncia, al netto delle imposte.

Art. 10 – Criteri di valutazione dell'invalidità totale e permanente da infortunio

Il grado di invalidità totale e permanente viene valutato sulla base delle percentuali previste dalla Tabella INAIL di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche.

La Società valuta le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità derivante da infortunio denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla data di decorrenza del contratto e/o a menomazioni o difetti fisici congeniti dell'Assicurato.

Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non era fisicamente integro e sano, sono considerate, agli effetti dell'invalidità totale e permanente, soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, il grado di invalidità permanente, ai fini dell'operatività delle prestazioni assicurate di cui all'Art.1, viene diminuito tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive la Società procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, la Società procederà alla valutazione dell'invalidità con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione.

Art. 11 – Criteri di valutazione dell'invalidità totale e permanente da malattia

Il grado di invalidità permanente viene valutato sulla base delle percentuali previste dalla Tabella INAIL di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche.

La Società valuta le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità derivante dalla malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla data di decorrenza del contratto e/o a menomazioni o difetti fisici congeniti dell'Assicurato.

Resta inoltre inteso che, nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che – a giudizio del medico della Società – possa modificare positivamente la prognosi di invalidità, la valutazione di quest'ultima viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che sarebbero residuati se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto a detto trattamento terapeutico e, dunque, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del trattamento terapeutico.

Art. 12 – Rinvio

Per quanto concerne la disciplina di:

- conclusione del contratto;
- diritto di ripensamento;
- entrata in vigore;
- dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato;
- tasse e imposte;
- processo di mediazione e foro competente;

si rinvia al contenuto degli omonimi articoli delle Condizioni contrattuali della prestazione principale in caso di decesso.

Le presenti Condizioni contrattuali sono state redatte in Milano nel mese di Maggio 2012, data dell'ultimo aggiornamento dei dati in esse inclusi.

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA "HELVIREND"

Art. 1 – Costituzione e denominazione della gestione separata

Helvetia Vita S.p.A. (la "Società") ha costituito una speciale forma di gestione degli investimenti, denominata "Helvirend", separata da quella delle altre attività della Società e rivolta a tutti i segmenti di clientela ed a tutte le tipologie di contratti a prestazioni rivalutabili collegati ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa.

Con riferimento ai suddetti contratti, il presente Regolamento costituisce parte integrante delle rispettive Condizioni contrattuali.

La gestione "Helvirend" è denominata in Euro.

La gestione "Helvirend" è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (ISVAP) con Regolamento n. 38 del 03/06/2011 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 2 - Attività, obiettivi e politiche di investimento della gestione separata

Il valore delle attività della gestione "Helvirend" non può essere inferiore alle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili di cui al precedente articolo 1, sulla base dei rendimenti realizzati dalla gestione stessa.

La gestione finanziaria ha l'obiettivo di conseguire risultati che consentano di far fronte alle garanzie di rendimento contrattualmente stabilite e realizzare un rendimento positivo, in quanto ciò sia compatibile con le condizioni di mercato. Le politiche di gestione sono tese a garantire nel tempo un'equa partecipazione degli Assicurati ai risultati finanziari della gestione "Helvirend"; le scelte di investimento si fondano su modelli di Asset Liability Management che permettono di tenere in considerazione, nella selezione e gestione delle attività finanziarie, gli impegni assunti verso gli Assicurati. Oltre al rispetto dei limiti regolamentari, si persegue la liquidità degli investimenti, l'efficienza del profilo rischio-rendimento, anche attraverso la diversificazione, evitando disparità che non siano giustificate dalla necessità di salvaguardare, nell'interesse della massa degli Assicurati, l'equilibrio e la stabilità della gestione "Helvirend".

In linea generale, le risorse della gestione "Helvirend" possono essere investite in tutte le attività ammissibili a copertura delle riserve tecniche ai sensi dell'Art. 38 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, recante il Codice delle Assicurazioni Private e dei relativi regolamenti attuativi.

Tali attività sono di piena e libera proprietà della Società nonché libere da vincoli o gravami di qualsiasi natura.

La gestione "Helvirend" può investire anche la totalità degli attivi in Titoli di debito emessi e/o garantiti da Stati appartenenti all'Ocse, da organismi sovranazionali ai quali aderisca almeno uno Stato membro dell'Ocse, da emittenti locali controllati da emittenti governativi appartenenti all'Ocse.

E' ammesso l'investimento in Titoli obbligazionari di emittenti corporate, compresi anche gli OICR obbligazionari, in misura non superiore all'80% degli attivi. Il rating degli emittenti, al momento dell'acquisto, deve essere, preferibilmente, almeno Investment Grade¹; potranno essere acquistate anche obbligazioni con rating Below Investment Grade² purché complessivamente, il loro peso non sia superiore al 5% degli attivi della gestione "Helvirend".

Il peso del comparto azionario deve essere inferiore al 20% degli attivi; l'investimento azionario si realizza attraverso l'acquisto di Titoli di capitale, ETF, SICAV e OICR azionari, bilanciati e flessibili. L'esposizione azionaria diretta riguarda titoli con un livello di liquidità adeguato all'investimento effettuato, quotati sui principali mercati borsistici.

L'investimento nel Comparto Immobiliare può avvenire attraverso l'acquisto di partecipazioni in società immobiliari, quote di OICR immobiliari o immobili. Sono ammessi Investimenti Alternativi (Hedge Fund, Private Equity) attraverso l'acquisto di azioni o quote di OICR aperti non armonizzati, azioni o quote di fondi mobiliari chiusi non negoziate in un mercato regolamentato, fondi riservati e speculativi.

I limiti, i termini e le condizioni alle quali possono essere effettuati investimenti immobiliari e alternativi sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Sono, infine, ammessi gli Strumenti di mercato monetario, quali ad esempio depositi bancari, certificati di deposito e OICR monetari, le cui controparti devono avere rating "Investment Grade". Fanno eccezione i soli "conti correnti" dove sono ammesse anche controparti "Below Investment Grade o senza rating", ma con il limite massimo del 3%.

¹ Secondo le scale di valutazione attribuite da primarie agenzie di rating, Investment Grade è il rating almeno pari a BBB-.

² Secondo le scale di valutazione attribuite da primarie agenzie di rating, Below Investment Grade è quello minore di BBB-.

L'operatività attraverso strumenti finanziari derivati e l'investimento in prodotti strutturati avviene nel principio di sana e prudente gestione e si conforma alle disposizioni normative in materia. Gli strumenti finanziari derivati sono ammessi con finalità di copertura e gestione efficace, con le modalità e i limiti previsti dalla normativa vigente.

Con operazioni di copertura si intendono quelle operazioni destinate a ridurre, totalmente o parzialmente, il rischio di investimento o di controparte ed effettuate allo scopo di proteggere il valore di singole attività o passività o di insiemi di attività o passività, da variazioni sfavorevoli dei tassi, degli indici, dei prezzi degli strumenti finanziari e dal rischio di default degli emittenti degli strumenti finanziari in portafoglio.

Le operazioni di gestione efficace del portafoglio sono quelle operazioni effettuate allo scopo di raggiungere prefissati obiettivi di investimento in maniera più veloce, agevole, economica o flessibile rispetto a quanto sarebbe possibile ottenere operando sugli attivi sottostanti, senza generare nel contempo un incremento significativo del rischio di investimento, rispetto a quello generabile operando direttamente sugli attivi sottostanti.

Ai sensi della normativa vigente sono, comunque, esclusi gli investimenti in:

- crediti infruttiferi, ad esclusione di quelli nei confronti di Assicurati ed Intermediari per premi da incassare nella misura in cui siano effettivamente esigibili da meno di tre mesi;
- immobili destinati all'esercizio della Società;
- crediti verso i riassicuratori, fermo restando quanto previsto dall'articolo 8, comma 5 del Regolamento ISVAP 38/2011;
- immobilizzazioni materiali;
- spese di acquisizione da ammortizzare.

Le operazioni con le controparti di cui all'Art. 5 del Regolamento Isvap 27/05/2008 n.25, sono ammesse e non devono pregiudicare gli interessi degli Assicurati. Sono effettuate a condizioni di mercato, ovvero a condizioni che è possibile ottenere da imprese o soggetti indipendenti (principio della c.d. "best execution") e in coerenza con la normativa Isvap vigente.

Gli investimenti in OICR ed obbligazioni emesse o gestite da società appartenenti allo stesso Gruppo della Società non possono superare il 30% del patrimonio della gestione "Helvirend".

L'uscita delle attività dalla gestione "Helvirend" può avvenire esclusivamente da realizzo.

Art. 3 - Determinazione del tasso medio di rendimento annuo della gestione separata

Il periodo di osservazione ai fini della determinazione del tasso medio di rendimento della gestione "Helvirend" è annuale e decorre dal 1° gennaio fino al 31 dicembre di ogni anno.

Il tasso medio di rendimento della gestione "Helvirend", relativo ad un periodo di osservazione, è determinato rapportando il risultato finanziario della gestione di competenza di quel periodo al valore medio annuo degli investimenti della gestione relativo al medesimo periodo di osservazione.

Il risultato finanziario della gestione è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dai ratei di interessi e di cedole maturati e dagli utili e dalle perdite di realizzo di competenza della gestione.

Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione "Helvirend", e cioè al prezzo di acquisto per l'attività di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione per i beni già di proprietà della Società.

Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Società in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione stessa.

Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del rendimento finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo considerato.

Il risultato finanziario è calcolato al lordo delle ritenute fiscali di acconto ed al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata, ivi incluse le spese relative alla certificazione della gestione di cui al successivo articolo 4, fermo restando che sulla gestione "Helvirend" non sono consentite altre forme di prelievo in qualsiasi modo effettuate.

Per valore medio annuo degli investimenti della gestione "Helvirend" si intende la somma della giacenza media dei depositi in numerario presso gli Istituti di Credito, della consistenza media degli investimenti in titoli e di ogni altra attività della gestione stessa.

La consistenza media nel periodo di osservazione dei depositi, dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione "Helvirend".

I criteri di valutazione impiegati ai fini del calcolo della giacenza media non possono essere modificati, salvo in casi eccezionali. In tale eventualità, il rendiconto riepilogativo della gestione separata è accompagnato da una nota illustrativa che riporta le motivazioni dei cambiamenti nei criteri di valutazione ed il loro impatto economico sul tasso medio di rendimento della gestione "Helvirend".

Art. 4 - Verifica contabile della gestione separata

La gestione "Helvirend" è annualmente sottoposta a verifica contabile da parte di una Società di Revisione iscritta all'Albo Speciale tenuto dalla Consob ai sensi dell'art. 161 del D.lgs. 24/02/1998 n. 58 (T.U.F.) e dell'art. 43, comma 1, lettera i) del D.Lgs. 27/01/2010 n. 39 e rispettive successive modifiche ed integrazioni, la quale attesta la rispondenza della gestione stessa al presente Regolamento.

In particolare, sono verificati la corretta valutazione delle attività attribuite alla gestione, il rendimento annuo della gestione quale descritto al precedente articolo 3 e l'adeguatezza dell'ammontare delle riserve matematiche.

Art. 5 - Fusione/Scissione della gestione separata

La Società, qualora ne ravvisasse l'opportunità, per perseguire l'interesse dei Contraenti e in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi gestionali o di adeguatezza dimensionale della gestione, potrà procedere alla fusione o scissione della gestione "Helvirend" con una o più gestioni istituite dalla Società aventi analoghe caratteristiche ed omogenee politiche di investimento. In tal caso, la Società provvederà a trasferire, senza alcun onere o spese per i Contraenti, le relative attività finanziarie della gestione "Helvirend" presso la gestione derivante dall'operazione di fusione o scissione, dandone preventiva comunicazione ai Contraenti e, qualora sia necessario redigere un nuovo Regolamento, copia dello stesso.

Art. 6 - Eventuali modifiche

La Società si riserva di apportare al presente Regolamento quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di cambiamenti della normativa primaria e secondaria oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per gli Assicurati.

MODULISTICA

Edizione Maggio/2012

Mod C-FI-PL-0/RP

RICHIESTA DI PAGAMENTO

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A.

Operations – Canale HV

Polizza n. _____

HELVETIA PLURIMA

Intermediario _____ Codice _____

Contraente _____

Con la presente si richiede il pagamento della prestazione assicurata sulla assicurazione in oggetto per: (barrare la casella prescelta)

DECESSO DELL'ASSICURATO RISCATTO

con la seguente modalità (barrare la casella prescelta)

bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a _____
 presso _____ IBAN _____

a ssegno di traenza intestato agli aventi diritto;

altro (specificare) _____

Si allegano i seguenti documenti (sono necessari quelli per i quali, in base al tipo di operazione richiesta, è riportata nel prospetto sottostante la voce "SI", che deve essere barrata per ogni documento che viene allegato)	Decesso dell'Assicurato	Riscatto
Originale di assicurazione con le eventuali appendici emesse (in caso di smarrimento denuncia presso le autorità competenti o dichiarazione autografa)	SI	SI
Ultima quietanza di premio pagata	SI	SI
Certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (se l'Assicurato è diverso dal Contraente) o autocertificazione e copia di un valido documento d'identità dell'Assicurato		SI
Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale)	SI	
Codice fiscale e fotocopia di un documento d'identità degli aventi diritto e consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto	SI	SI
Copia autenticata del Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione in caso di aventi diritto minorenni o incapaci	SI	
Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato	SI	
Atto di notorietà (ovvero dichiarazione sostitutiva a norma di quanto previsto all'Art. 15 delle Condizioni contrattuali della Garanzia Principale) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) o testamento dell'Assicurato	SI	
Relazione del medico curante dell'Assicurato circa le cause del decesso ed eventuali precedenti patologici	SI	
Copia integrale della cartella clinica relativa ad eventuali ricoveri dell'Assicurato presso Ospedali e/o Case di Cura	SI	
Copia integrale degli atti della Polizia Giudiziaria intervenuta se il decesso è connesso a causa violenta	SI	

Luogo e data _____

_____ Firma degli aventi diritto

_____ Firma dell'Intermediario (per autenticità delle firme degli aventi diritto)

_____ Firma degli aventi diritto

Mod C-FI-PL-0/RV

RICHIESTA DI VARIAZIONE

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A.

Operations – Canale HV

Polizza n. _____

HELVETIA PLURIMA

Intermediario _____ Codice _____

Contraente _____

Con la presente si richiede la seguente variazione sulla assicurazione in oggetto (barrare la casella relativa all'operazione richiesta):

CAMBIAMENTO DI BENEFICIO: il sottoscritto Contraente dichiara di attribuire il beneficio della assicurazione in oggetto come segue:
 in caso di decesso dell'Assicurato _____

TRASFERIMENTO DI CONTRAENZA: il sottoscritto Contraente dichiara di trasferire la contraenza del contratto a favore di:

 (di cui si allega fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità)

CAMBIO RATEAZIONE DEL PREMIO: il sottoscritto Contraente chiede, a partire dalla prima ricorrenza annuale del contratto successiva alla data della presente richiesta, la corresponsione del relativo premio in rate:

ANNUALI SEMESTRALI QUADRIMESTRALI TRIMESTRALI BIMESTRALI MENSILI

INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI: si comunica che, relativamente al contratto in oggetto, il Contraente ha sospeso il pagamento dei premi a partire dalla rata scadente il _____

N.B. Si prega di allegare le eventuali quietanze insolite

ALTRO (specificare) _____

Luogo e data _____

_____ Firma del Contraente

_____ Firma dell'Intermediario

_____ Firma dell'eventuale Cessionario (nuovo Contraente)

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

GLOSSARIO

Anno (annuo): periodo di tempo la cui durata è pari a 360 giorni.

Annuale (durata): periodo di tempo la cui durata è pari a 360 giorni.

Appendice: documento che viene emesso per modificare la disciplina del contratto e che costituisce parte integrante dello stesso.

Assicurato: in termini generali, l'Assicurato è il soggetto esposto al rischio. Nelle assicurazioni sulla vita, è la persona dal cui decesso o sopravvivenza dipende l'obbligo per l'assicuratore di pagare un capitale o una rendita.

Beneficiario: persona alla quale deve essere corrisposta la prestazione dell'assicuratore qualora si verifichi il rischio assicurato. Nelle assicurazioni sulla vita, la figura del Beneficiario può non coincidere con quella del Contraente e/o con quella dell'Assicurato.

Bimestre (bimestrale): periodo di tempo la cui durata è pari a 60 giorni.

Capitale assicurato: nelle assicurazioni sulla vita è la somma dovuta al Beneficiario in alternativa all'erogazione di una rendita vitalizia.

Carenza (periodo di): periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la prestazione offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.

Caricamenti: rappresentano la parte del premio versato dal Contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società di assicurazioni.

Conclusione del contratto: momento in cui sia l'impresa di assicurazione sia il Contraente (e l'Assicurato se persona diversa da quest'ultimo) hanno evidenza della manifestazione di volontà, espressa dall'altra parte, di concludere il contratto di assicurazione.

Condizioni contrattuali: clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della prestazione, la durata del contratto e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

Condizioni particolari: insieme di clausole contrattuali, negoziate dalle parti, con le quali si intende ampliare o diminuire la prestazione assicurativa di base prevista dalle condizioni generali.

Consolidamento: meccanismo in base al quale il rendimento attribuito secondo la periodicità stabilita dal contratto e quindi la rivalutazione delle prestazioni assicurate, sono definitivamente acquisiti dal contratto.

CONSOB: Commissione nazionale per le Società e la Borsa la cui attività è rivolta alla tutela degli investitori, all'efficienza, alla trasparenza e allo sviluppo del mercato mobiliare italiano.

Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e si obbliga a pagare il premio. Il Contraente può non coincidere con l'Assicurato. Le due figure coincidono quando il Contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà o la propria vita).

Contratto di assicurazione: contratto con il quale l'assicuratore, a fronte del pagamento del premio, si impegna a indennizzare l'Assicurato dei danni prodotti da un sinistro oppure a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente la vita umana. Il contratto di assicurazione è dunque uno strumento con il quale l'Assicurato trasferisce all'assicuratore un rischio al quale egli è esposto.

Controassicurazione: clausola che prevede una garanzia specifica a completamento della prestazione base del contratto. Tale clausola consente la restituzione dei premi pagati nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto durante il periodo di differimento.

Costi: oneri economici posti a carico del Contraente.

Decorrenza: data in cui diventano efficaci le garanzie previste dal contratto.

Detraibilità fiscale (dei premi versati): misura del premio versato per il contratto di assicurazione che secondo la normativa vigente il Contraente può portare in detrazione dalle imposte sui redditi.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi: periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dall'impresa di assicurazione.

Età computabile (o assicurativa): età in anni interi determinata trascurando le frazioni d'anno fino a sei mesi ed arrotondando ad un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

Età assicurativa: età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno inferiori o uguali a sei mesi e arrotondando ad un anno intero le frazioni di anno superiori a sei mesi.

Garanzia principale: garanzia prestata dall'assicuratore a copertura del rischio principale individuato dal contratto di assicurazione.

Garanzia complementare: garanzia prestata dall'assicuratore a copertura di un rischio individuato dal contratto di assicurazione quale aggiuntivo ed accessorio rispetto al rischio principale. Può essere accessoria (selezionata a scelta dal Contraente) o obbligatoria.

Gestione separata "Helvirend": gestione appositamente creata dalla Società e gestita separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai Contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili.

Imposta sostitutiva: posta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

Indennizzo o indennità: somma dovuta dall'impresa di assicurazione in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Interessi di frazionamento: maggiorazione del premio prevista a fronte della rateizzazione dello stesso.

Invalità totale e permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

ISVAP: Istituto di vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo. Ente di diritto pubblico cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e broker) e sui periti per la stima dei danni ai veicoli.

Mercato regolamentato: secondo la disciplina comunitaria un mercato regolamentato è un mercato che possiede i seguenti requisiti:

- 1) regolarità di funzionamento: gli scambi hanno luogo secondo modalità predefinite, sia per quanto riguarda i meccanismi di fissazione del prezzo, sia per quanto riguarda il pagamento e/o il trasferimento del bene oggetto dello scambio;
- 2) approvazione da parte dell'autorità di vigilanza delle regole relative alle condizioni di accesso e alle modalità di funzionamento;
- 3) rispetto degli obblighi di trasparenza.

L'organizzazione e la gestione del mercato (Art.62 D.Lgs 58/1998,TUF) sono disciplinate da un regolamento deliberato dall'assemblea ordinaria della società di gestione del mercato.

L'attività di gestione e organizzazione di mercati regolamentati ha carattere di impresa ed è esercitata da società per azioni, anche senza scopo di lucro.

L'esercizio della gestione dei mercati regolamentati è autorizzato dalla CONSOB quando il mercato rispetta i requisiti sopra citati, il regolamento del mercato è conforme alla disciplina comunitaria ed è idoneo ad assicurare la trasparenza del mercato, l'ordinato svolgimento delle negoziazioni e la tutela degli investitori.

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è pari a 30 giorni.

Nota informativa: documento che l'assicuratore deve consegnare al Contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione. La Nota informativa contiene informazioni relative alla Società di assicurazioni e informazioni relative al contratto (garanzie ed opzioni, durata del contratto, modalità di versamento dei premi, regime fiscale, legislazione applicabile, reclami in merito al contratto, ecc.).

Persone Politicamente Esposte: ai sensi dell' Art. 1 Allegato Tecnico AL D. Lgs. 231/2007 - Rif. art. 1, co. 2, lett. o D. Lgs. 231/2007 sono le persone fisiche residenti in altri stati comunitari o extra comunitari, che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base dei seguenti criteri:

- 1) per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:
 - a) i capi di Stato, i capi di governo, i ministri e i vice ministri o sottosegretari;
 - b) i parlamentari;
 - c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;
 - d) i membri delle Corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali;
 - e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;
 - f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.

In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale;

- 2) per familiari diretti si intendono il coniuge, i figli e i loro coniugi, coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i precedenti soggetti riportati ed i genitori;
- 3) ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al punto 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1; qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al punto 1;
- 4) senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno i soggetti destinatari del presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

Polizza caso morte: contratto di assicurazione sulla vita che prevede il pagamento di un capitale al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. La polizza caso morte può essere temporanea, se il contratto prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del contratto; può

essere a vita intera, se il pagamento del capitale avviene comunque al decesso dell'Assicurato, indipendentemente dal momento nel quale esso si verifica.

Polizza caso vita: contratto di assicurazione sulla vita con il quale l'assicuratore si impegna al pagamento di un capitale o di una rendita vitalizia nel caso in cui l'Assicurato sia in vita alla scadenza pattuita. Le polizze caso vita possono essere con o senza controassicurazione.

Polizza di assicurazione: documento comprovante l'esistenza ed il contenuto di un contratto di assicurazione. La polizza, sottoscritta da entrambe le parti, viene emessa dall'assicuratore e consegnata al Contraente. Nella polizza sono trascritte tutte le Condizioni contrattuali, sia quelle generali sia quelle particolari.

Premio: il premio rappresenta il prezzo che il Contraente paga per acquistare la prestazione offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della prestazione. I premi possono essere: unici, periodici, unici ricorrenti. Il premio, sia esso unico o periodico, può essere rateizzato (o frazionato).

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni.

Quadrimestre (quadrimestrale): periodo di tempo la cui durata è pari a 120 giorni.

Questionario sanitario: è il documento che il Contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite dal Contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Questionario sullo stile di vita: è il documento che il Contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stile di vita ed alle professioni/sport praticati dall'Assicurato. Le informazioni fornite dal Contraente servono alla Società per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Quinquennio (quinquennale): periodo di tempo la cui durata è pari a 1800 giorni.

Recesso: diritto del Contraente di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione.

Riattivazione: facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni contrattuali, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene mediante il versamento dei premi arretrati maggiorati degli interessi di ritardato pagamento.

Riduzione: in taluni tipi di assicurazioni sulla vita (polizza caso morte a vita intera; polizza caso vita con controassicurazione; polizza mista) è facoltà dell'Assicurato di conservare tale qualità, per un capitale ridotto (valore di riduzione), pur sospendendo il pagamento dei premi. Il capitale si riduce in proporzione al rapporto tra i premi versati e i premi originariamente previsti, sulla base di apposite clausole contrattuali.

Riscatto: in taluni tipi di assicurazioni sulla vita (polizza caso morte a vita intera; polizza caso vita con controassicurazione; polizza mista), è facoltà del Contraente di recedere dal contratto, facendosi versare anticipatamente dall'assicuratore il valore di riduzione, calcolato sulla base di apposite clausole contrattuali.

Riserva matematica: principale riserva tecnica nelle assicurazioni sulla vita. Rappresenta il debito che la Società di assicurazioni ha maturato nei confronti dei suoi Assicurati. Essa è costituita dall'accantonamento di una quota dei premi di tariffa pagati dal Contraente.

Rivalutazione: maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso il riconoscimento di una quota del rendimento della gestione separata.

Semestre (semestrale): periodo di tempo la cui durata è pari a 180.

Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la copertura ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di assicurazione): Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione. Per questo contratto Helvetia Vita S.p.A.

Società di revisione: società diversa dalla Compagnia di assicurazione, prescelta nell'ambito di un apposito albo cui tali società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della gestione separata.

Sostituto d'imposta: soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Titolare effettivo: ai sensi dell' Art. 2 dell'Allegato Tecnico al D.Lgs. 231/2007 - Rif. Art. 1, co. 2, lett. u D.lgs. 231/2007, per titolare effettivo si intende:

1) in caso di società:

- a) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, purché non si tratti di una società ammessa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di

comunicazione conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento più uno di partecipazione al capitale sociale;

- b) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;
- 2) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:
- a) se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;
 - b) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
 - c) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

Trimestre (trimestrale): periodo di tempo la cui durata è pari a 90 giorni.

Il presente Glossario è stato redatto in Milano nel mese di Maggio 2012, data dell'ultimo aggiornamento dei dati in esso inclusi.

Polizza N.

Helvetia Plurima

Contraente:

Intermediario:



Copia per Cliente

Polizza

Informazioni per il contraente

Mezzi di pagamento

Il pagamento del premio avviene presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, tramite:

- bonifico bancario sul conto corrente dell'Intermediario;
- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bollettino postale sul conto corrente dell'Intermediario;
- carta di debito o credito se accettata dall'Intermediario;

fermo restando che le relative spese gravano direttamente sul Contraente.

Il pagamento dei premi deve, invece, essere effettuato esclusivamente tramite bonifico direttamente a favore di Helvetia Vita S.p.A. sul conto corrente bancario avente codice IBAN IT26F0306912711100000008137:

- per importi di premio superiori ad Euro 250.000 (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente ed il nome del prodotto);
- in caso il prodotto sia collocato a mezzo di fattispecie contrattuali qualificabili come contratti di appalto pubblico di servizi in base al Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. n. 163/2006), per i quali la Società assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010 e successive modifiche (inserendo come causale il numero di polizza con cognome e nome del Contraente, il codice CIG, l'eventuale CUP, il nome del prodotto).

E' escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

Clausola di ripensamento

Entro il termine di 30 giorni dalla conclusione del contratto il Contraente può esercitare il diritto di recesso inviando comunicazione scritta - **con lettera raccomandata A/R** - indirizzata a Helvetia Vita S.p.A. - Operations - Canale HV - Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano (Italia) contenente gli elementi identificativi del contratto (numero di polizza, nome e cognome del Contraente).

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società provvederà a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto (previa restituzione dell'originale di polizza e delle eventuali appendici), al netto delle imposte e delle **spese di emissione del contratto pari ad Euro 25,00, con il limite del premio versato.**

La Società si riserva inoltre di recuperare:

- **la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;**
- **le spese effettivamente sostenute per la visita medica e gli ulteriori accertamenti sanitari, laddove previsti.**

Dati generali di polizza**Contraente**

Data di nascita:
Residente in:
Cap: Città:

Codice Fiscale:
Nazione:

Assicurato

Data di nascita: Et : Sesso:
Luogo di nascita:
Codice Fiscale:

**Forma assicurativa,
Prestazioni,
Efficacia del contratto**

Contratto di assicurazione in caso di decesso a vita intera a capitale e a premi annui temporanei rivalutabili, con potenziamento del capitale e con esonero del pagamento dei premi in caso di invalidit  totale e permanente

(Tariffa: 206)

Prestazione principale

Capitale assicurato iniziale

di cui:

- Capitale a vita intera (rivalutabile annualmente)
- Capitale di potenziamento in caso di morte (decrescente per un importo, pari a Euro fino ad estinguersi al termine del piano dei versamenti)

(gli importi sopra indicati sono espressi in Euro)

Prestazione complementare

Esonero dal pagamento dei premi della Prestazione principale, in caso di invalidit  totale e permanente dell'Assicurato

Dati generali di polizza

Durata del piano dei versamenti: anni **Decorrenza:**

Durata del contratto: vitalizia

Condizioni Particolari

Nessuna

Condizioni Speciali

Nessuna

Beneficiari

In caso di decesso dell'Assicurato

Premio**Premio annuo rivalutabile**

(ai sensi dell'art. 4 delle Condizioni contrattuali)
da pagarsi fino alla data del compresa

(gli importi sopra indicati, espressi in Euro, sono comprensivi di eventuali: imposte, interessi di frazionamento, sovrappremi)

Premio di rata iniziale

di cui:

- Premio per la Prestazione principale in caso di decesso
- Premio per la Prestazione di esonero di pagamento premi della Prestazione principale
- Imposte

(gli importi sopra indicati, espressi in Euro, sono comprensivi di eventuali: interessi di frazionamento e sovrappremi)

Ai fini fiscali la componente di premio relativa alla copertura caso morte e di esonero pagamento premi è pari ad Euro

(maggiori dettagli al riguardo sono contenuti nella sezione "Regime fiscale" della Nota informativa)

Identificazione ai fini della normativa antiriciclaggio D.Lgs. 231/2007

Contraente

Luogo di nascita:

Sesso:

Professione:

Sottogruppo Attività Economica:

Documento di riconoscimento:

Numero:

Rilasciato da:

di:

Data rilascio:

Data scadenza:

Indirizzo di corrispondenza:

Il Contraente dichiara di persona politicamente esposta

Titolare effettivo

Di seguito si riporta il grado di parentela con il Contraente dei Beneficiari designati.

Beneficiari

In caso di decesso dell'Assicurato

Ai fini della vigente normativa in materia di antiriciclaggio (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), il Contraente sotto la propria responsabilità dichiara la veridicità delle affermazioni sopra riportate.



Contraente
(o Delegato)

Stile di vita dell'Assicurato

- 1) L'Assicurato fa uso o ha fatto uso, anche saltuariamente, di tabacco (sigarette, sigari, pipa o altro) negli ultimi 5 anni?
-
- 2) L'Assicurato assume abitualmente bevande alcoliche?
-
- 3) L'Assicurato fa uso di sostanze stupefacenti e droghe?
-
- 4) L'Assicurato effettua viaggi, anche saltuariamente, in paese pericolosi per il clima o situazioni politico-militari?
-
- 5) L'Assicurato pratica una delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente, entri in contatto con prodotti e/o sostanze pericolose (esplosivi, corrosive, infiammabili, tossiche, nocive); operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente, risulti esposto a radiazioni di qualunque genere; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; addetto delle forze armate, se impiegato in missioni all'estero?

Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle professioni sopra indicate, rimuovendo l'esclusione prevista dalle Condizioni Contrattuali?

L'Assicurato pratica altra professione che lo espone anche saltuariamente a pericoli?

Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alla professione sopra indicata?

- 6) L'Assicurato pratica una delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere?

Stile di vita dell'Assicurato

Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle attività sopra specificate, rimuovendo l'esclusione prevista dalle Condizioni Contrattuali?

L'Assicurato pratica altre attività sportive che lo espongono anche saltuariamente a pericoli ?

Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle attività sopra specificate?

Profilo sanitario dell'Assicurato

- 1) Nella parentela consanguinea dell'Assicurato (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali o tumori prima dell'età di 65 anni?
- 2) Negli ultimi 12 mesi l'Assicurato si è sottoposto a indagini diagnostiche particolari (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, elettroencefalogramma, mammografia, biopsie, ecc.) al di fuori dei controlli a puro scopo preventivo, che abbiano dato esito fuori dalla norma?
- 3) L'Assicurato è mai stato ricoverato in ospedali o case di cura/cliniche o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici (esclusi ricoveri o interventi per appendicectomia, tonsillectomia, parto, interventi di chirurgia estetica, fratture non ricorrenti e senza complicazioni nè postumi, safenectomia, meniscectomia)?
- 4) L'Assicurato assume abitualmente medicinali?
- 5) L'Assicurato soffre o ha mai sofferto di:
 - a) Malattie del cuore o del sistema circolatorio: infarto, valvulopatie, arteriopatie o altro?
 - b) Malattie dell'apparato respiratorio: asma, allergie, bronchite, enfisema, pleurite, TBC, disturbi respiratori, malattie ai polmoni o altro?
 - c) Malattie dell'apparato digerente, del fegato o del pancreas: gastroduodenale, ulcera gastroduodenale, colite emorragica, epatite virale, cirrosi epatica o altro?
 - d) Malattie dell'apparato osteo-articolare: artriti, artrosi o altro?
 - e) Malattie dell'apparato urogenitale: ai reni, alla vescica, nefriti, calcolosi o altro?
 - f) Malattie del sistema endocrino o metabolico: alterazioni tiroidee e surrenali o altro?
 - g) Malattie del sistema nervoso o della psiche: epilessia, nevrosi, paralisi o altro?
 - h) Malattie del sangue: anemia, leucemia o altro?
 - i) Cancro o altri tumori maligni?
 - j) Altri disturbi della salute?

Polizza N.

Profilo sanitario dell'Assicurato

6) Altezza e peso dell'Assicurato: Altezza in cm Peso in Kg

FEAC-SIMILE

Adeguatezza del contratto

Di seguito è riportato il Questionario per l'adeguatezza del contratto compilato sulla base delle dichiarazioni fornite dal Contraente.

FEAC-SIMILE

Adeguatezza del contratto

FEAC-SIMILE

Privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice) e in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità amministrativo contabili (attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile), di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) qualora Lei presti il suo consenso, può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società di attività di marketing, elaborazione dati, ricerche di mercato, rilevazioni del grado di soddisfazione della clientela, analisi delle scelte assicurative, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società del Gruppo Helvetia Italia.

2. Modalità di trattamento dei dati

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a) del Codice: raccolta; registrazione, organizzazione; elaborazione, modificazione, raffronto, interconnessione, utilizzo, consultazione, comunicazione, conservazione, blocco, cancellazione, distruzione;
- b) è lecito, sicuro ed avviene secondo correttezza;
- c) è effettuato anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- d) è svolto direttamente dall'organizzazione del Titolare tramite dipendenti e collaboratori nominati "incaricati" o "responsabili" nell'ambito delle rispettive funzioni aziendali, e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena assicurativa o da società di servizi, che potranno agire, a seconda dei casi, come titolari autonomi del trattamento o come responsabili esterni 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 allo svolgimento di attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, alla conclusione di nuovi rapporti, 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 marketing, elaborazione dati, ricerche di mercato, rilevazioni del grado di soddisfazione della clientela, analisi delle scelte assicurative, informazione e promozione commerciale nei confronti dell'interessato stesso.

4. Rifiuto di conferimento dei dati

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

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere/eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i 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 commerciali descritte al punto 1, lett. B).

5. Comunicazione di dati

I dati personali possono essere comunicati:

- a) per le finalità di cui al punto 1, lett. a) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge a: altri soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori); intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione come banche e SIM); fornitori terzi (legali, medici legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri ed il recupero dei crediti, nonché società di servizi informatici, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza); organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; Isvap, Ministero dello sviluppo economico, 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, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Dipartimento per i trasporti terrestri);
- b) per le finalità di cui al punto 1, lett. b), qualora Lei presti il Suo consenso, a società del Gruppo Helvetia o a società esterne di promozione e/o sviluppo commerciale;
- c) per quanto riguarda le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D.lgs. 21 novembre 2007, n. 231, ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo gruppo.

6. Diffusione e trasferimento dei dati all'estero

I dati personali non sono soggetti a diffusione ma possono essere trasferiti verso paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

7. Titolare e Responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è Helvetia Vita S.p.A. (Società del Gruppo Helvetia Italia), con sede in Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano. Responsabile del trattamento è il Responsabile della Funzione Supporto Tecnico Vita pro tempore vigente, domiciliato per la carica presso la sopra indicata sede della Società.

Privacy

8. Diritti dell'interessato

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; 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.

L'interessato ha la possibilità di opporsi, in ogni momento, al trattamento dei suoi dati personali a fini commerciali, pubblicitari e di marketing.

Per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice e conoscere l'elenco completo dei Responsabili, si può rivolgere richiesta al Titolare o al Responsabile, mediante lettera raccomandata (Ufficio Legale/Privacy via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano), Telefax (02 5351298) o posta elettronica (privacy@helvetia.it).

Impegno a fornire l'informativa

Il Contraente si impegna a fornire, in nome e per conto dell'assicuratore e conformemente al testo ricevuto, l'informativa prevista dall'art. 13 del D.Lgs. 196/03, agli eventuali altri interessati di cui lo stesso abbia fornito alla Società i dati personali con la stipula del presente contratto.

➔ **Contraente**
(o Delegato)

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi degli artt. 23, 24 e 26 D.Lgs. 196/2003

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, il/la sottoscritto/a, in qualità di interessato/a, consapevole che il trattamento potrà riguardare anche i dati "sensibili" di cui all'articolo 4, comma 1, lett. d) del Codice ed in particolare "i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" (ove presenti in quanto strettamente necessari alla stipula della polizza), esprime i seguenti consensi/dinieghi.

Il Contraente e l'Assicurato (se diverso dal Contraente) danno/negano il consenso al trattamento dei propri dati personali, comuni e sensibili (ove presenti), strettamente necessario per le finalità di cui al punto 1 lett. a) dell'informativa, compresa la loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 5, lett. a) della stessa informativa, che li potranno sottoporre a trattamenti aventi le medesime finalità.

Il Contraente dà/nega il consenso al trattamento dei propri dati personali comuni per finalità d'analisi delle scelte assicurative attraverso elaborazioni elettroniche.

Il Contraente dà/nega il consenso al trattamento dei propri dati personali comuni per le finalità commerciali di cui al punto 1 lett. b) dell'informativa, compresa la loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 5, lett. b) della stessa informativa, che li potranno sottoporre a trattamenti aventi le medesime finalità.

➔ **Assicurato**
(se diverso dal Contraente)

➔ **Contraente**
(o Delegato)

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto:

- il Progetto esemplificativo personalizzato;
- il Fascicolo Informativo Modello C-FI-PL-0 Edizione costituito da: Scheda sintetica, Nota informativa, Condizioni contrattuali comprensive di Regolamento della Gestione Separata e Glossario.

➔ **Contraente**
(o Delegato)

Il sottoscritto

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile;
- dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le Condizioni contrattuali nonché le clausole contenute nel presente documento di Polizza;
- è consapevole, ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Società, che le notizie e i dati di ordine sanitario e informativo forniti costituiscono elemento fondamentale per la stipulazione della polizza e pertanto dichiara, ad ogni effetto di legge, di aver risposto con esattezza e veridicità, di non aver taciuto o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande di cui sopra, assumendosi quindi ogni responsabilità in merito alle stesse, anche se le risposte sono state scritte da altri;
- libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni si è ricorso o si dovesse ricorrere, prima e dopo la sottoscrizione del presente documento di Polizza, nonché gli ospedali, le case di cura, le cliniche, gli enti e gli istituti in genere, pubblici o privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano e ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società e/o gli aventi diritto ritenessero opportuno rivolgersi, autorizzandoli ed invitandoli espressamente a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

Il sottoscritto infine prende atto che:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti del soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del contratto, il soggetto di cui sopra deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative allo stato di salute e allo stile di vita dell'Assicurato, riportate in Polizza all'interno delle rispettive sezioni "profilo sanitario dell'Assicurato" e "stile di vita dell'Assicurato", se presenti;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute sostenendone direttamente i costi non quantificabili a priori in quanto dipendono dalla tariffa applicata dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato stesso.

Il presente documento è composto da N. 16 pagine.

Helvetia Vita S.p.A
(Amministratore Delegato e Direttore Generale)

➔ **Contraente**
(o Delegato)

➔ **Assicurato**
(se diverso dal Contraente)

Con riferimento al Fascicolo informativo sopra citato, il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza e di approvare specificamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, quanto di seguito indicato:

- Condizioni contrattuali della prestazione principale in caso di decesso: Art. 8 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; Art. 9 Esclusioni; Condizioni particolari - Polizza senza visita medica.
- Condizioni contrattuali della prestazione complementare obbligatoria di esonero pagamento premi: Art. 5 Limitazioni della prestazione complementare; Art. 6 Esclusioni.

➡ **Contraente**
(o Delegato)

Questo documento è stato emesso in _____ il _____
Intermediario: _____

Dichiarazione di perfezionamento

Dichiaro che il premio di perfezionamento di Euro _____
è stato incassato in data _____ salvo buon fine.

Attesto di aver effettuato la rilevazione dei dati - ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni e di aver verificato l'autenticità delle firme che precedono.

Incaricato alla riscossione

(da non compilare/firmare in caso di reinvestimento)

Cognome e Nome _____

Qualifica _____

Codice Fiscale _____

➡ **Incaricato alla riscossione**

➡ **Agente** (se diverso dall'incaricato alla riscossione)

Incaricato alla rilevazione dei dati

(da compilare solo nella copia per Intermediario e nella copia per Direzione se: 1) il soggetto incaricato alla rilevazione dei dati è diverso dall'incaricato alla riscossione, 2) sempre in caso di reinvestimento)

Cognome e Nome _____

Qualifica _____

Codice Fiscale _____

➡ **Incaricato alla rilevazione dei dati**

La presente Polizza è stata realizzata sulla base di un Modello documentale elaborato in Milano il cui ultimo aggiornamento risale al mese di Maggio 2012.

Helvetia Compagnia Italo Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale

Via G.B.Cassinis, 21 – 20139 Milano – Tel. 025351.1 (20 linee) Fax 02537289-025351352

e-mail: direzione.vita@helvetia.it - www.helvetia.it

Capitale Sociale Euro 13.416.000 interamente versato

Numero di iscrizione del Registro Imprese di Milano,

Codice Fiscale e Partita IVA 08575280154 - R.E.A. n° 1237091

Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00068

Iscr. Albo Gruppi Ass. n° d'ord. 031

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento della

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA

Società con unico Socio

Impresa Autorizzata con D.M. n. 17266 del 2/11/87 pubbl. su G.U. n. 263 del 10/11/1987



helvetia