



FONDO PENSIONE APERTO

“SOLUZIONE PREVIDENTE”

(Art. 12 del Decreto legislativo n. 252 del 5 dicembre 2005)

Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il N. 155

REGOLAMENTO

Helvetia Vita S.p.A. – Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.
Gruppo Assicurativo Helvetia

REGOLAMENTO

INDICE

PARTE I – IDENTIFICAZIONE E SCOPO DEL FONDO

Art.1 – Denominazione

Art.2 – Istituzione del Fondo, esercizio dell'attività, sede e recapiti

Art.3 – Scopo

PARTE II – CARATTERISTICHE DEL FONDO E MODALITÀ DI INVESTIMENTO

Art.4 – Regime del Fondo

Art.5 – Destinatari

Art.6 – Scelte di investimento

Art.7 – Gestione degli investimenti

Art.8 – Spese

PARTE III – CONTRIBUTIONI E PRESTAZIONI

Art.9 – Contribuzione

Art.10 – Determinazione della posizione individuale

Art.11 – Prestazioni pensionistiche

Art.12 – Erogazione della rendita

Art.13 – Trasferimento e riscatto della posizione individuale

Art.14 – Anticipazioni

Art. 14-bis – Prestazioni accessorie

PARTE IV - PROFILI ORGANIZZATIVI

Art.15 – Separatezza patrimoniale, amministrativa e contabile

Art.16 – Sistema di governo

Art.17 – Depositario

Art.18 – Responsabile

Art.19 – Organismo di rappresentanza

Art.20 – Conflitti di interesse

Art. 21 – Scritture contabili

PARTE V - RAPPORTI CON GLI ADERENTI

Art.22 – Modalità di adesione e clausole risolutive espresse

Art.23 – Trasparenza nei confronti degli aderenti e dei beneficiari

Art.24 – Comunicazioni e reclami

PARTE VI - NORME FINALI

Art.25 – Modifiche del Regolamento

Art.26 – Trasferimento in caso di modifiche peggiorative delle condizioni economiche e di modifiche delle caratteristiche del Fondo

Art.27 – Cessione del Fondo

Art.28 – Operazioni di fusione

Art.29 – Rinvio

Allegati:

Allegato n.1. Disposizioni in materia di Responsabile

Allegato n. 2 Condizioni e modalità di erogazione delle rendite

Allegato n. 3 Condizioni delle prestazioni accessorie

PARTE I - IDENTIFICAZIONE E SCOPO DEL FONDO

Art.1 – Denominazione

1. Il Fondo Pensione Aperto Soluzione Previdente (di seguito "Fondo") è un fondo pensione aperto istituito ai sensi dell'art. 12 del Decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 (di seguito "Decreto").

Art.2 – Istituzione del Fondo, esercizio dell'attività, sede e recapiti

1. Il Fondo è stato istituito dalla società "Helvetia Vita S.p.A." (già Chiara Vita S.p.A.) (di seguito "impresa di assicurazione"), giusta autorizzazione rilasciata dalla COVIP con provvedimento del 19 luglio 2006; con il medesimo atto la COVIP ha approvato il Regolamento del Fondo.
2. L'impresa di assicurazione esercita l'attività di gestione del Fondo con effetto dalla medesima data.
3. Il Fondo è iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il numero 155.
4. L'attività relativa al Fondo è svolta in Milano, presso la sede dell'impresa di assicurazione.
5. L'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) dell'impresa di assicurazione è previdenzahelvetia@pec.helvetia.it.

Art.3 – Scopo

1. Il Fondo ha lo scopo di consentire agli aderenti di disporre, all'atto del pensionamento, di prestazioni pensionistiche complementari del sistema obbligatorio. Tale scopo è perseguito mediante la raccolta dei contributi, la gestione delle risorse nell'esclusivo interesse degli aderenti, e l'erogazione delle prestazioni secondo quanto disposto dalla normativa tempo per tempo vigente.

PARTE II - CARATTERISTICHE DEL FONDO E MODALITÀ DI INVESTIMENTO

Art.4 – Regime del Fondo

1. Il Fondo è in regime di contribuzione definita. L'entità delle prestazioni pensionistiche del Fondo è determinata in funzione della contribuzione effettuata e in base al principio della capitalizzazione.

Art.5 – Destinatari

1. L'adesione al Fondo è volontaria ed è consentita in forma individuale. È altresì consentita, su base collettiva, ai soggetti destinatari delle forme pensionistiche complementari individuati dall'art. 2, comma 1, del Decreto, nei cui confronti trovino applicazione i contratti, gli accordi o i regolamenti aziendali che dispongono l'adesione al Fondo.
2. Ai sensi dell'art. 8, comma 7, del Decreto l'adesione al Fondo su base collettiva può avvenire anche mediante conferimento tacito del TFR maturando.
3. Le adesioni individuali sono precluse a coloro a cui manchi meno di un anno al compimento dell'età pensionabile prevista dal regime obbligatorio di appartenenza.

Art.6 – Scelte di investimento

1. Il Fondo è articolato nei seguenti comparti differenziati per profili di rischio e di rendimento, in modo tale da assicurare agli aderenti una adeguata possibilità di scelta:
 - Linea 1 Garantita. Questo comparto è destinato al conferimento tacito del TFR;
 - Linea 2 Prudente;
 - Linea 3 Equilibrata;
 - Linea 4 Dinamica.
2. L'aderente, all'atto dell'adesione, sceglie uno o più comparti in cui far confluire i versamenti contributivi, con facoltà di modificare nel tempo tale destinazione. L'aderente può inoltre riallocare la propria posizione individuale tra i diversi comparti, nel rispetto del periodo minimo di un anno dall'iscrizione ovvero dall'ultima riallocazione. In questo caso i versamenti contributivi successivi sono suddivisi sulla base delle nuove percentuali fissate all'atto della riallocazione, salvo diversa disposizione dell'aderente. Il limite del periodo di permanenza minimo non opera con riguardo al TFR conferito tacitamente.

Art.7 – Gestione degli investimenti

1. L'impresa di assicurazione effettua l'investimento delle risorse del Fondo nel rispetto dei limiti e delle condizioni stabiliti dalla normativa tempo per tempo vigente e dal presente Regolamento, assumendo a riferimento l'esclusivo interesse degli aderenti.
2. Ferma restando la responsabilità dell'impresa di assicurazione, essa può affidare a soggetti di cui all'art.6, comma 1, lettere a), b), c), c-bis) del Decreto, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa tempo per tempo vigente, l'esecuzione di specifici incarichi di gestione¹.
3. L'impresa di assicurazione verifica i risultati della gestione mediante l'adozione di parametri di riferimento coerenti con gli obiettivi e i criteri della politica di investimento.
4. La politica di investimento dei singoli comparti è la seguente:
 - **Linea 1 Garantita**
Il comparto è necessariamente destinato al conferimento tacito del TFR e può altresì essere scelto da aderenti di età non inferiore a 55 anni anagrafici.
Obiettivo: perseguire una forte stabilità dei rendimenti attraverso una gestione volta a realizzare, con elevata probabilità, rendimenti che siano almeno pari o superiori a quelli del TFR, quantomeno in un orizzonte temporale pluriennale, conservando il valore del capitale.
Contenuto: la politica d'investimento del comparto è esclusivamente orientata verso titoli di debito (Titoli di Stato, obbligazioni di ogni tipo, sia pubbliche sia private, comprese le obbligazioni convertibili e/o warrant), parti di OICR, di emittenti italiani ed esteri, denominati in Euro.
Limiti: il patrimonio del comparto non può essere investito in titoli di capitale, anche se derivanti da conversione di obbligazioni convertibili e/o warrant. Inoltre, nel rispetto dei vigenti limiti normativi, la

¹ Il contratto di delega deve prevedere che l'impresa di assicurazione e il Responsabile del Fondo debbano poter verificare le procedure adottate dal soggetto delegato per l'esecuzione del contratto e le operazioni poste in essere per conto del Fondo.

linea potrà investire in OICR alternativi (FIA) e fondi immobiliari per un massimo complessivo del 10% del portafoglio.

- **Linea 2 Prudente**

Obiettivo: perseguire nel medio - lungo periodo, un incremento del capitale investito attraverso la combinazione di investimenti azionari ed obbligazionari sfruttando le opportunità offerte dai mercati internazionali.

Contenuto: la politica d'investimento mira a perseguire una struttura di portafoglio mista, orientata prevalentemente verso titoli di debito (Titoli di Stato, obbligazioni di ogni tipo, sia pubbliche sia private, comprese le obbligazioni convertibili e con warrant), titoli di capitale, parti di OICR, di emittenti italiani ed esteri. Gli investimenti possono essere ricoperti utilizzando la strategia di gestione del rischio di cambio in valuta elaborata dal gestore degli investimenti. Questa copertura è effettuata con l'utilizzo di contratti di valuta a termine e a pronti, contratti di opzioni o futures.

Limiti: l'investimento in titoli di capitale non può eccedere il 40% del patrimonio del comparto. Nel rispetto dei vigenti limiti normativi, la linea potrà investire in OICR alternativi (FIA) e fondi immobiliari per un massimo complessivo del 10% del portafoglio. L'investimento in titoli sia di debito sia di capitale emessi da governi o società di paesi emergenti, non potrà superare il limite del 5% del totale portafoglio.

- **Linea 3 Equilibrata**

Obiettivo: perseguire nel lungo periodo un incremento del capitale investito attraverso la combinazione di investimenti azionari ed obbligazionari, sfruttando le opportunità offerte dai mercati internazionali.

Contenuto: la politica d'investimento mira a perseguire una struttura di portafoglio mista, orientata verso titoli di debito (Titoli di Stato, obbligazioni di ogni tipo, sia pubbliche sia private, comprese le obbligazioni convertibili e con warrant), titoli di capitale, parti di OICR, di emittenti italiani ed esteri. Gli investimenti possono essere ricoperti utilizzando la strategia di gestione del rischio di cambio in valuta elaborata dal gestore degli investimenti. Detta copertura è effettuata con l'utilizzo di contratti di valuta a termine e a pronti, contratti di opzioni o futures.

Limiti: l'investimento in titoli di capitale non può eccedere il 70% del patrimonio del comparto. Nel rispetto dei vigenti limiti normativi, la linea potrà investire in OICR alternativi (FIA) e fondi immobiliari per un massimo complessivo del 10% del portafoglio. L'investimento in titoli sia di debito sia di capitale emessi da governi o società di paesi emergenti, non potrà superare il limite del 10% del totale portafoglio.

Sostenibilità: il comparto adotta una politica di investimento che promuove caratteristiche ambientali o sociali.

- **Linea 4 Dinamica**

Obiettivo: conseguire, nel lungo periodo, un incremento del capitale investito attraverso la netta prevalenza di impieghi azionari sfruttando le opportunità offerte dai mercati internazionali.

Contenuto: la politica d'investimento mira a realizzare una struttura di portafoglio a contenuto prevalentemente azionario, orientata, quindi, verso titoli di capitale, parti di OICR o ETF, di emittenti italiani ed esteri. Una quota residuale del portafoglio sarà invece investita in strumenti obbligazionari quali titoli governativi o societari a breve termine o in depositi di liquidità. Gli investimenti possono essere ricoperti utilizzando la strategia di gestione del rischio di cambio in valuta elaborata dal gestore degli investimenti. Questa copertura è effettuata con l'utilizzo di contratti di valuta a termine e a pronti, contratti di opzioni o futures.

Limiti: l'investimento in titoli di capitale non potrà scendere al di sotto del 70% del patrimonio del comparto mentre potrà raggiungere anche il 100% dello stesso. Nel rispetto dei vigenti limiti normativi, una quota non superiore al 30% del portafoglio potrà essere investita in strumenti obbligazionari sia governativi sia societari, anche per il tramite di OICR, o in depositi di liquidità. Inoltre, nel rispetto dei vigenti limiti normativi, la linea potrà investire in OICR alternativi (FIA) e fondi immobiliari per un massimo complessivo del 10% del portafoglio.

Sostenibilità: il comparto adotta una politica di investimento che promuove caratteristiche ambientali o sociali.

L'adesione al comparto denominato Linea 1 Garantita attribuisce all'aderente, al verificarsi degli eventi di cui appresso, il diritto alla corresponsione di un importo minimo garantito a prescindere dai risultati di gestione. La garanzia può essere prestata all'impresa di assicurazione da soggetti diversi dalla stessa, a ciò abilitati.

L'importo minimo garantito è pari alla somma dei contributi netti versati al comparto, inclusi gli eventuali importi derivanti da trasferimenti da altro comparto o da altra forma pensionistica e i versamenti effettuati per il reintegro delle anticipazioni percepite, ridotto da eventuali riscatti parziali e anticipazioni.

Per contributi netti si intendono i contributi di cui all'art.10, comma 2.

Il diritto alla garanzia è riconosciuto nei seguenti casi:

- esercizio del diritto alla prestazione pensionistica di cui all'art.11;
- riscatto per decesso;
- riscatto per invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo;
- riscatto per inoccupazione per un periodo superiore a quarantotto mesi.

In tali casi, qualora l'importo minimo garantito risulti superiore alla posizione individuale maturata, calcolata, ai sensi dell'art. 10, e con riferimento al primo giorno di valorizzazione utile successivo alla verifica delle condizioni che danno diritto alla prestazione, la stessa viene integrata a tale maggior valore. L'integrazione viene corrisposta dall'impresa di assicurazione.

5. La politica di investimento relativa a ciascun comparto, le relative caratteristiche e i diversi profili di rischio rendimento, in coerenza con gli obiettivi e i criteri riportati nel Regolamento, sono descritti nella Nota informativa.

Art.8 – Spese

1. L'iscrizione al Fondo comporta le seguenti spese:

- a) **spese da sostenere all'atto dell'adesione:** una commissione "una tantum" a carico dell'aderente pari a Euro 20;
- b) **spese relative alla fase di accumulo:**
- b.1) **direttamente a carico dell'aderente:** una commissione pari a 15 Euro, applicata annualmente sulla singola posizione e prelevata dal primo versamento contributivo dell'anno;
- b.2) **indirettamente a carico dell'aderente e che incidono sul comparto:** una commissione di gestione pari alle seguenti percentuali, su base annua, in relazione dello specifico comparto di investimento, prelevate dal valore complessivo netto del patrimonio con cadenza mensile.

Comparto di investimento	Commissione di gestione su base mensile (%)	Commissione di gestione su base annua (%)
Linea 1 Garantita	0,0833	1,00
Linea 2 Prudente	0,1083	1,30
Linea 3 Equilibrata	0,1250	1,50
Linea 4 Dinamica	0,1500	1,80

Sono inoltre a carico del comparto, per quanto di competenza, le imposte e tasse, le spese legali e giudiziarie sostenute nell'esclusivo interesse del Fondo e gli oneri di negoziazione derivanti dall'attività di impiego delle risorse, nonché il "contributo di vigilanza" dovuto annualmente alla COVIP, ai sensi di legge; sono altresì a carico del comparto le spese relative alla remunerazione e allo svolgimento dell'incarico del Responsabile, salva diversa decisione dell'impresa di assicurazione.

Sul comparto non vengono fatti gravare spese e diritti di qualsiasi natura relativi alla sottoscrizione e al rimborso delle parti di OICR acquistati, né le commissioni di gestione applicate dall'OICR stesso, salvo i casi di deroga di carattere generale previsti dalla COVIP. In particolare, nel caso di investimenti in OICR collegati, dal compenso dell'impresa di assicurazione sarà dedotta la remunerazione complessiva percepita dal gestore dell'OICR collegato. Fanno eccezione gli investimenti in FIA diversi da quelli collegati².

- c) **spese collegate all'esercizio delle seguenti prerogative individuali**, dirette alla copertura dei relativi oneri amministrativi:

² Nel caso di investimenti in FIA diversi da quelli collegati sul comparto potranno gravare commissioni di gestione (ed eventuali commissioni di incentivo) a condizione che venga resa agli aderenti adeguata informativa circa la misura massima delle commissioni applicabili nell'ambito della Nota informativa. Per FIA collegati si intendono quelli promossi o gestiti dalla società che gestisce le risorse del Fondo o da altre società del medesimo gruppo di appartenenza.

- c.1) 25 Euro in caso di trasferimento ad altra forma pensionistica;
 - d) **spese relative alla fase di erogazione delle rendite**, quali riportate nell'Allegato n. 2;
 - e) **Spese e premi relativi alle prestazioni accessorie**, quali riportate nell'Allegato n. 3;
 - f) **spese in cifra fissa relative alla prestazione erogata in forma di "Rendita integrativa temporanea anticipata" (RITA)** dirette alla copertura dei relativi oneri amministrativi: 5 Euro per ogni rata di rendita erogata.
2. L'importo delle spese sopra indicate può essere ridotto nei casi di adesione su base collettiva e di convenzionamenti con associazioni di lavoratori autonomi e liberi professionisti. La riduzione delle commissioni di gestione espresse in misura percentuale sul patrimonio avviene mediante emissione di classi di quote differenti.
 3. Sono a carico dell'impresa di assicurazione tutte le spese e oneri non individuati dalle disposizioni del presente articolo.

PARTE III – CONTRIBUZIONE E PRESTAZIONI

Art.9 – Contribuzione

1. La misura della contribuzione a carico dell'aderente è determinata liberamente dallo stesso.
2. I lavoratori che aderiscono su base collettiva fissano la contribuzione nel rispetto della misura minima e delle modalità stabilite dai contratti e dagli accordi collettivi, anche aziendali.
3. I lavoratori dipendenti possono contribuire al Fondo conferendo, anche esclusivamente, i flussi di TFR in maturazione. Nelle adesioni collettive il conferimento del TFR può anche essere parziale ove previsto dagli accordi collettivi. Qualora il lavoratore decida altresì di versare la contribuzione prevista a suo carico e abbia diritto, in base ad accordi collettivi, anche aziendali, a un contributo del datore di lavoro, detto contributo affluirà al Fondo nei limiti e alle condizioni stabilite nei predetti accordi. Il datore di lavoro può decidere, anche in assenza di accordi collettivi, di contribuire al Fondo.
4. L'aderente su base individuale ha la facoltà di sospendere la contribuzione fermo restando, per i lavoratori dipendenti, l'obbligo del versamento del TFR maturando eventualmente conferito. La sospensione non comporta la cessazione della partecipazione al Fondo.
5. In costanza del rapporto di lavoro, il lavoratore che aderisce su base collettiva ha la facoltà di sospendere la contribuzione a proprio carico, con conseguente sospensione dell'obbligo contributivo a carico del datore di lavoro, fermo restando il versamento del TFR maturando al Fondo. È possibile riattivare la contribuzione in qualsiasi momento.
6. La contribuzione può essere attuata nel rispetto di quanto previsto dall'art.8, comma 12, del Decreto (c.d. contribuzione da abbuoni).
7. L'aderente può decidere di proseguire la contribuzione al Fondo oltre il raggiungimento dell'età pensionabile prevista dal regime obbligatorio di appartenenza, a condizione che alla data del pensionamento, possa far valere almeno un anno di contribuzione a favore delle forme di previdenza complementare.

Art.10 – Determinazione della posizione individuale

1. La posizione individuale consiste nel capitale accumulato di pertinenza di ciascun aderente, è alimentata dai contributi netti versati, dagli importi derivanti da trasferimenti da altre forme pensionistiche complementari e dai versamenti effettuati per il reintegro delle anticipazioni percepite, ed è ridotta da eventuali riscatti parziali e anticipazioni.
2. Per contributi netti si intendono i versamenti al netto delle spese direttamente a carico dell'aderente, di cui all'art. 8, comma 1, lettere a) e b.1), e delle eventuali somme destinate a copertura delle prestazioni accessorie previste. Sul primo versamento incidono anche eventuali spese di adesione.
3. La posizione individuale viene rivalutata in base al rendimento dei comparti. Il rendimento di ogni singolo comparto è calcolato come variazione del valore della quota dello stesso nel periodo considerato.
4. Ai fini del calcolo del valore della quota le attività che costituiscono il patrimonio del comparto sono valutate al valore di mercato; le plusvalenze e le minusvalenze maturate concorrono alla determinazione della posizione individuale, a prescindere dal momento di effettivo realizzo.
5. L'impresa di assicurazione determina il valore della quota e, conseguentemente, della posizione individuale di ciascun aderente con cadenza almeno mensile, alla fine di ogni mese. I versamenti sono trasformati in quote e frazioni di quote, sulla base del primo valore di quota successivo al giorno in cui si sono resi disponibili per la valorizzazione.
6. Il valore della posizione individuale oggetto delle prestazioni di cui agli artt. 11, 13 e 14 è quello risultante al primo giorno di valorizzazione utile successivo a quello in cui l'impresa di assicurazione ha verificato la sussistenza delle condizioni che danno diritto alle prestazioni.
7. Ai sensi del Decreto, nella fase di accumulo, le posizioni individuali costituite presso il Fondo sono intangibili e non possono formare oggetto di sequestro o pignoramento da parte dei creditori dell'aderente.

Art.11 – Prestazioni pensionistiche

1. Il diritto alla prestazione pensionistica complementare si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente, con almeno cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari. Il predetto termine è ridotto a tre anni per il lavoratore che cessa il rapporto di lavoro per motivi indipendenti dal fatto che lo stesso acquisisca il diritto a una pensione complementare e che si sposta in un altro Stato membro dell'Unione Europea. L'aderente che decide di proseguire volontariamente la contribuzione ai sensi del

comma 7 dell'Art.9 ha la facoltà di determinare autonomamente il momento di fruizione delle prestazioni pensionistiche.

2. Per i soggetti non titolari di reddito di lavoro o d'impresa si considera età pensionabile quella vigente nel regime obbligatorio di appartenenza.
3. Ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria per la richiesta delle prestazioni pensionistiche sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente per i quali lo stesso non abbia esercitato il riscatto totale della posizione individuale.
4. L'aderente, che abbia cessato l'attività lavorativa e abbia maturato almeno venti anni di contribuzione nei regimi obbligatori di appartenenza e il periodo minimo di partecipazione alle forme pensionistiche complementari di cui al comma 1, ha facoltà di richiedere che le prestazioni siano erogate, in tutto o in parte, in forma di RITA, con un anticipo massimo di cinque anni rispetto alla data di maturazione dell'età anagrafica prevista per la pensione di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza.
5. L'aderente, che abbia cessato l'attività lavorativa, sia rimasto successivamente inoccupato per un periodo di tempo superiore a ventiquattro mesi e abbia maturato il periodo minimo di partecipazione alle forme pensionistiche complementari di cui al comma 1, ha facoltà di richiedere la rendita di cui al comma 4 con un anticipo massimo di dieci anni rispetto alla data di maturazione dell'età anagrafica per la pensione di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza.
6. La porzione della posizione individuale di cui si chiede il frazionamento verrà fatta confluire, salvo diversa scelta dell'aderente, nel comparto più prudente individuato dal Fondo e indicato nella Nota informativa. L'aderente può successivamente variare il comparto nel rispetto del periodo minimo di appartenenza.
7. Nel corso dell'erogazione della RITA l'aderente può richiederne la revoca; ciò comporta la cessazione dell'erogazione delle rate residue.
8. Nel caso in cui non venga utilizzata l'intera posizione individuale a titolo di RITA, l'aderente ha la facoltà di richiedere, con riferimento alla sola porzione residua della posizione individuale, il riscatto e l'anticipazione di cui agli artt. 13 e 14, ovvero la prestazione pensionistica.
9. In caso di trasferimento ad altra forma pensionistica complementare la RITA si intende automaticamente revocata e viene trasferita l'intera posizione individuale.
10. L'aderente ha facoltà di richiedere la liquidazione della prestazione pensionistica sotto forma di capitale nel limite del 50 per cento della posizione individuale maturata. Nel computo dell'importo complessivo erogabile in capitale sono detratte le somme erogate a titolo di anticipazione per le quali non si sia provveduto al reintegro. Qualora l'importo che si ottiene convertendo in rendita vitalizia immediata annua senza reversibilità a favore dell'aderente il 70 per cento della posizione individuale maturata risulti inferiore al 50 per cento dell'assegno sociale di cui all'art. 3, commi 6, 7, della Legge 8 agosto 1995, n. 335, l'aderente può optare per la liquidazione in capitale dell'intera posizione maturata.
11. L'aderente che, sulla base della documentazione prodotta, risulta assunto antecedentemente al 29 aprile 1993 ed entro tale data iscritto a una forma pensionistica complementare, istituita alla data di entrata in vigore della Legge 23 ottobre 1992, n. 421, può richiedere la liquidazione dell'intera prestazione pensionistica complementare in capitale.
12. Le prestazioni pensionistiche, in capitale e rendita, sono sottoposte agli stessi limiti di cedibilità, sequestrabilità e pignorabilità in vigore per le pensioni a carico degli istituti di previdenza obbligatoria.
13. L'aderente che abbia maturato il diritto alla prestazione pensionistica e intenda esercitare tale diritto può trasferire la propria posizione individuale presso altra forma pensionistica complementare, per avvalersi delle condizioni di erogazione della rendita praticate da quest'ultima. In tal caso si applica quanto previsto all'art.13, commi 6 e 7.

Art.12 – Erogazione della rendita

1. A seguito dell'esercizio del diritto alla prestazione pensionistica, all'aderente è erogata una rendita vitalizia immediata calcolata in base alla posizione individuale maturata, al netto dell'eventuale quota di prestazione da erogare sotto forma di capitale.
2. L'aderente può richiedere comunque l'erogazione delle prestazioni in una delle tipologie di rendita di seguito indicate:
 - una rendita vitalizia reversibile: detta rendita è corrisposta all'aderente finché è in vita e, successivamente, in misura totale o per quota (60%) scelta dall'aderente stesso, alla/e persona/e da lui designata/e;
 - una rendita certa e successivamente vitalizia: detta rendita è corrisposta per i primi 5 o 10 anni all'aderente o, in caso di suo decesso, alla/e persona/e da lui designata/e. Successivamente, se

l'aderente è ancora in vita, viene corrisposta allo stesso una rendita vitalizia, eventualmente reversibile, in misura totale o per quota (60%) scelta dall'aderente stesso, alla/e persona/e da lui designata/e.

3. Nell'Allegato n. 2 al Regolamento sono riportate le condizioni e modalità di erogazione delle rendite e i coefficienti di trasformazione (basi demografiche e finanziarie) da utilizzare per il relativo calcolo. Tali coefficienti possono essere successivamente variati, nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente in materia di stabilità delle compagnie di assicurazione; in ogni caso, le modifiche dei coefficienti di trasformazione non si applicano ai soggetti, già aderenti alla data di introduzione delle modifiche stesse, che esercitano il diritto alla prestazione pensionistica nei tre anni successivi.
4. Le simulazioni relative alla rendita che verrà erogata sono effettuate facendo riferimento, laddove vi sia l'impegno a non modificare i coefficienti di trasformazione, a quelli indicati nell'Allegato n. 2 e, negli altri casi, a coefficienti individuati dalla COVIP, in modo omogeneo per tutte le forme, in base alle proiezioni ufficiali disponibili sull'andamento della mortalità della popolazione italiana.

Art.13 – Trasferimento e riscatto della posizione individuale

1. L'aderente può trasferire la posizione individuale maturata ad altra forma pensionistica complementare decorso un periodo minimo di due anni di partecipazione al Fondo.
2. L'aderente, anche prima del periodo minimo di permanenza, può:
 - a) trasferire la posizione individuale maturata ad altra forma pensionistica complementare, alla quale acceda in relazione alla nuova attività lavorativa;
 - b) riscattare il 50 per cento della posizione individuale maturata, in caso di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a dodici mesi e non superiore a quarantotto mesi, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria;
 - c) riscattare l'intera posizione individuale maturata, in caso di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo o a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a quarantotto mesi;
 - d) riscattare l'intera posizione individuale maturata, ai sensi dell'art. 14, comma 5, del Decreto ovvero riscattare fino all'intera posizione individuale. Il riscatto parziale può essere esercitato per non più di due volte nel periodo di partecipazione al Fondo, ovvero trasferirla ad altra forma pensionistica complementare, qualora vengano meno i requisiti di partecipazione.
3. Nei casi previsti ai punti a), c) e d) del comma 2 l'aderente, in luogo dell'esercizio dei diritti di trasferimento e di riscatto, può proseguire la partecipazione al Fondo, anche in assenza di ulteriore contribuzione. Tale opzione trova automatica applicazione in difetto di diversa scelta da parte dell'aderente. Nel caso in cui il valore della posizione individuale maturata non sia superiore all'importo di una mensilità dell'assegno sociale di cui all'art.3, comma 6, della Legge 8 agosto 1995, n.335, l'impresa di assicurazione informa l'aderente della facoltà di trasferire la propria posizione individuale ad altra forma pensionistica complementare, ovvero di chiedere il riscatto dell'intera posizione di cui al comma 2, lettera d).
4. In caso di decesso dell'aderente prima dell'esercizio del diritto alla prestazione pensionistica, ovvero nel corso dell'erogazione della "Rendita integrativa temporanea anticipata" (RITA), la posizione individuale è riscattata dai soggetti designati dallo stesso, siano essi persone fisiche o giuridiche, o in mancanza dagli eredi. In mancanza di tali soggetti, la posizione individuale resta acquisita al Fondo.
5. Al di fuori dei suddetti casi non sono previste forme di riscatto della posizione.
6. L'impresa di assicurazione, accertata la sussistenza dei requisiti, provvede al trasferimento o al riscatto della posizione con tempestività, e comunque non oltre il termine massimo di sei mesi decorrente dalla ricezione della richiesta. Nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente, l'impresa di assicurazione richiede gli elementi integrativi e il termine sopra indicato è sospeso fino alla data del completamento o della regolarizzazione della pratica.
7. Il trasferimento della posizione individuale e il riscatto totale comportano la cessazione della partecipazione al Fondo.

Art.14 – Anticipazioni

1. L'aderente può conseguire un'anticipazione della posizione individuale maturata nei seguenti casi e misure:
 - a) in qualsiasi momento, per un importo non superiore al 75 per cento, per spese sanitarie conseguenti a situazioni gravissime attinenti a sé, al coniuge o ai figli, per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche;

- b) decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari, per un importo non superiore al 75 per cento, per l'acquisto della prima casa di abitazione, per sé o per i figli, o per la realizzazione, sulla prima casa di abitazione, degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, di restauro e di risanamento conservativo, di ristrutturazione edilizia, di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 1, dell'art. 3 del Decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380;
 - c) decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari, per un importo non superiore al 30 per cento, per la soddisfazione di ulteriori sue esigenze.
2. Le disposizioni che specificano i casi e regolano le modalità operative in materia di anticipazioni sono riportate in apposito documento.
 3. Le somme complessivamente percepite a titolo di anticipazione non possono eccedere il 75 per cento della posizione individuale maturata, incrementata delle anticipazioni percepite e non reintegrate.
 4. Ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria per esercitare il diritto all'anticipazione, sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione a forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente, per i quali lo stesso non abbia esercitato il diritto di riscatto totale della posizione individuale.
 5. Le somme percepite a titolo di anticipazione possono essere reintegrate, a scelta dell'aderente e in qualsiasi momento.
 6. Le anticipazioni di cui al comma 1, lettera a), sono sottoposte agli stessi limiti di cedibilità, sequestrabilità e pignorabilità, in vigore per le pensioni a carico degli istituti di previdenza obbligatoria.
 7. L'impresa di assicurazione provvede agli adempimenti conseguenti all'esercizio delle predette facoltà da parte dell'aderente con tempestività e comunque non oltre il termine massimo di sei mesi decorrente dalla ricezione della richiesta. Nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente, l'impresa di assicurazione richiede gli elementi integrativi, e il termine sopra indicato è sospeso fino alla data di completamento o della regolarizzazione della pratica.

Art.14-bis – Prestazioni accessorie

1. Il Fondo prevede inoltre le seguenti prestazioni alternative:
 - a) copertura in caso di decesso (c.d. TCM) o in caso di invalidità totale e permanente (c.d. ITP) dell'aderente;
 - b) copertura in caso di decesso dell'aderente e in caso di perdita di autosufficienza (Long Term Care, c.d. LTC) dell'aderente.
2. L'adesione alle suddette prestazioni è facoltativa e può essere espressa all'atto dell'adesione al Fondo o successivamente mediante sottoscrizione di apposito modulo.
3. Le condizioni delle suddette prestazioni sono indicate nell'Allegato n. 3 al presente Regolamento.

PARTE IV – PROFILI ORGANIZZATIVI

Art.15 – Separatezza patrimoniale, amministrativa e contabile

1. Gli strumenti finanziari e i valori del Fondo costituiscono patrimonio separato e autonomo rispetto sia al patrimonio dell'impresa di assicurazione, sia a quello degli altri fondi gestiti, sia a quello degli aderenti.
2. Il patrimonio del Fondo è destinato all'erogazione delle prestazioni pensionistiche agli aderenti e non può essere distratto da tale fine.
3. Sul patrimonio del Fondo non sono ammesse azioni esecutive da parte dei creditori dell'impresa di assicurazione o di rappresentanti dei creditori stessi, né da parte dei creditori degli aderenti o di rappresentanti dei creditori stessi. Il patrimonio del Fondo non può essere coinvolto nelle procedure concorsuali che riguardino l'impresa di assicurazione.
4. L'impresa di assicurazione è dotata di procedure atte a garantire la separatezza amministrativa e contabile delle operazioni poste in essere per conto del Fondo rispetto al complesso delle altre operazioni svolte dall'impresa di assicurazione e del patrimonio del Fondo rispetto a quello dell'impresa di assicurazione e di suoi clienti.
5. Ferma restando la responsabilità dell'impresa di assicurazione per l'operato del soggetto delegato, la gestione amministrativa e contabile del Fondo può essere delegata a terzi.
6. L'impresa di assicurazione è dotata di procedure atte a garantire la separatezza amministrativa e contabile delle operazioni poste in essere in riferimento a ciascun comparto.
7. Il patrimonio di ciascun comparto è suddiviso in quote o in differenti classi di quote nel caso in cui valgano le condizioni previste dall'art. 8, comma 2.

Art.16 – Sistema di governo

1. L'impresa di assicurazione assicura, in modo proporzionato alla dimensione, alla natura, alla portata e alla complessità delle attività del Fondo, l'assolvimento degli obblighi previsti dagli artt. 4-bis, 5-bis, 5-ter, 5-quater, 5-sexies, 5-septies, 5-octies e 5-nonies del Decreto in coerenza con gli assetti organizzativi del rispettivo settore di riferimento.

Art.17 – Depositario

1. Il patrimonio del Fondo è depositato presso un unico soggetto distinto dal gestore, in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti disposizioni normative (di seguito "depositario").
2. L'impresa di assicurazione può revocare in ogni momento l'incarico al depositario, il quale può, a sua volta, rinunciare con preavviso di almeno 6 mesi; in ogni caso, l'efficacia della revoca o della rinuncia è sospesa fino a che:
 - l'impresa di assicurazione non abbia stipulato un nuovo contratto con altro depositario, in possesso dei requisiti di legge;
 - il patrimonio del Fondo non sia stato trasferito presso il nuovo depositario.
3. Il calcolo del valore della quota può essere delegato al depositario, ferma restando la responsabilità dell'impresa di assicurazione per l'operato del soggetto delegato.
4. Le funzioni di depositario sono regolate dalla normativa tempo per tempo vigente.
5. Gli amministratori e i sindaci del depositario riferiscono senza ritardo alla COVIP sulle irregolarità riscontrate nella gestione del Fondo e forniscono su richiesta della COVIP informazioni su atti o fatti di cui sono venuti a conoscenza nell'esercizio delle funzioni di depositario.
6. Sugli strumenti finanziari e sulle somme di denaro del Fondo depositati presso il depositario non sono ammesse azioni dei creditori del depositario, del subdepositario o nell'interesse degli stessi.

Art.18 – Responsabile

1. L'impresa di assicurazione nomina un Responsabile del Fondo, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del Decreto.
2. Le disposizioni che regolano la nomina, le competenze e il regime di responsabilità del Responsabile sono riportate nell'Allegato n.1.

Art.19 – Organismo di rappresentanza

1. È istituito un Organismo di rappresentanza (di seguito "Organismo"), ai sensi dell'art.5, comma 5, del Decreto.
2. Le disposizioni che regolano la nomina, la composizione e il funzionamento dell'Organismo sono riportate in un apposito documento denominato "Disposizioni in materia di Organismo di rappresentanza".
3. L'impresa di assicurazione individua il numero complessivo dei componenti dell'Organismo in modo tale da garantire la rappresentatività degli iscritti per adesioni collettive e la funzionalità dell'Organismo.
4. Le aziende o i gruppi che provvedono alla designazione dei rappresentanti sono quelle che alla fine del mese precedente alla designazione hanno almeno 500 lavoratori iscritti al Fondo pensione³.
5. I componenti dell'Organismo restano in carica tre anni e possono svolgere più mandati. I componenti nominati in sostituzione di quelli cessati in corso di mandato scadono insieme a quelli in carica all'atto della loro nomina.
6. Le spese di funzionamento dell'Organismo e gli eventuali compensi riconosciuti ai suoi componenti, non possono gravare sul Fondo né sull'impresa di assicurazione.
7. L'organismo svolge funzioni di collegamento tra le collettività che aderiscono al Fondo, l'impresa di assicurazione e il Responsabile. L'organismo non svolge funzioni di controllo.
8. I componenti dell'Organismo devono adempiere le loro funzioni nel rispetto dei principi generali di correttezza e buona fede e devono conservare il segreto sui fatti e sui documenti di cui hanno conoscenza in ragione del loro ufficio.

Art.20 – Conflitti di interesse

1. La politica di gestione dei conflitti di interesse è definita in un apposito documento redatto ai sensi della normativa tempo per tempo vigente.

Art.21 – Scritture contabili

1. La tenuta dei libri e delle scritture contabili del Fondo nonché la valorizzazione del patrimonio e delle posizioni individuali sono effettuate sulla base delle disposizioni emanate dalla COVIP.
2. L'impresa di assicurazione conferisce a una società di revisione l'incarico di esprimere, con apposita relazione, un giudizio sul rendiconto del Fondo.
3. Il rendiconto del Fondo è pubblicato sul sito web dell'impresa di assicurazione.

³ Nel caso in cui il numero di aziende o gruppi di cui al comma 4 comporta il superamento del limite massimo di componenti, le collettività tenute alla designazione sono individuate in base alla numerosità degli aderenti al Fondo. L'impresa di assicurazione può individuare ulteriori criteri di selezione delle aziende. Se invece il numero di aziende o gruppi di cui al comma 4 non comporta il raggiungimento del limite massimo di componenti, l'impresa di assicurazione può invitare altre aziende o gruppi, individuati sulla base di un criterio di selezione delle aziende (quale, ad esempio, la numerosità degli aderenti al Fondo), a comunicare i nominativi dei rappresentanti propri e dei propri lavoratori.

PARTE V – RAPPORTI CON GLI ADERENTI

Art.22 – Modalità di adesione e clausole risolutive espresse

1. L'adesione al Fondo avviene mediante sottoscrizione di apposito modulo di adesione. L'adesione è preceduta dalla consegna della documentazione informativa prevista tempo per tempo dalla normativa vigente.
2. L'aderente è responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite all'impresa di assicurazione.
3. Dell'avvenuta iscrizione al Fondo viene data apposita comunicazione all'aderente mediante lettera di conferma, attestante la data di iscrizione e le informazioni relative all'eventuale versamento effettuato.
4. L'adesione al Fondo comporta l'integrale accettazione del Regolamento, e dei relativi allegati, e delle successive modifiche, fatto salvo quanto previsto in tema di trasferimento nell'art. 26.
5. In caso di adesione mediante conferimento tacito del TFR, il Fondo, sulla base dei dati forniti dal datore di lavoro, comunica all'aderente l'avvenuta adesione e le informazioni necessarie al fine di consentire a quest'ultimo l'esercizio delle scelte di sua competenza.
6. La raccolta delle adesioni al Fondo può essere svolta all'interno della sede legale o delle dipendenze dell'impresa di assicurazione da parte di addetti a ciò incaricati ovvero tramite la rete di distribuzione dell'impresa di assicurazione. Le adesioni su base collettiva possono essere raccolte anche presso i luoghi indicati nella Nota informativa.
7. L'aderente ha il diritto di recedere entro trenta giorni dalla sottoscrizione del modulo, senza costi di recesso e senza dover indicare il motivo dello stesso. Per l'esercizio di tale diritto, l'aderente invia una comunicazione scritta all'impresa di assicurazione con modalità che garantiscono certezza della data di ricezione (lettera raccomandata con avviso di ricevimento inviata a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Previdenza, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano oppure e-mail PEC all'indirizzo previdenzahelvetia@pec.helvetia.it). L'impresa di assicurazione, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, procede a rimborsare all'aderente tramite bonifico le somme eventualmente pervenute, al netto delle spese di adesione, ove trattenute. L'impresa di assicurazione rende previamente noti all'aderente il momento in cui l'adesione si intende conclusa, i termini, le modalità e i criteri di determinazione delle somme oggetto di rimborso.
In caso di adesione mediante sito web, l'impresa di assicurazione deve acquisire il consenso espresso dell'aderente all'utilizzo di tale strumento. L'aderente ha il diritto di recedere entro trenta giorni dalla sottoscrizione del modulo, senza costi di recesso e senza dover indicare il motivo dello stesso. Per l'esercizio di tale diritto, l'aderente invia una comunicazione scritta all'impresa di assicurazione con modalità che garantiscono certezza della data di ricezione (lettera raccomandata con avviso di ricevimento inviata a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Previdenza, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano oppure e-mail PEC all'indirizzo previdenzahelvetia@pec.helvetia.it). L'impresa di assicurazione, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, procede a rimborsare all'aderente tramite bonifico le somme eventualmente pervenute, al netto delle spese di adesione, ove trattenute. L'impresa di assicurazione rende previamente noti all'aderente il momento in cui l'adesione si intende conclusa, i termini, le modalità e i criteri di determinazione delle somme oggetto di rimborso.
8. L'aderente è tenuto ad effettuare il versamento della prima contribuzione entro sei mesi dall'adesione al Fondo. In caso di inadempimento, l'impresa di assicurazione ha facoltà, ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, di risolvere il contratto comunicando all'aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l'aderente non provveda a effettuare un versamento entro sessanta giorni dalla ricezione della comunicazione.
9. Qualora nel corso della partecipazione al Fondo, l'aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, l'impresa di assicurazione ha facoltà, ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, di risolvere il contratto comunicando la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l'aderente non provveda a effettuare un versamento entro sessanta giorni dalla ricezione della comunicazione.

Art.23 – Trasparenza nei confronti degli aderenti e dei beneficiari

1. L'impresa di assicurazione mette a disposizione degli aderenti la documentazione inerente al Fondo e tutte le altre informazioni utili, secondo quanto previsto dalle disposizioni COVIP in materia. Tali documenti sono disponibili sul sito web dell'impresa di assicurazione, in un'apposita sezione dedicata alle forme pensionistiche complementari e presso la sede legale dell'impresa di assicurazione. I documenti utilizzati in fase di adesione sono resi disponibili in formato cartaceo e gratuitamente anche presso le sedi dei soggetti che effettuano l'attività di raccolta delle adesioni.
2. L'impresa di assicurazione fornisce agli aderenti e ai beneficiari le informazioni relative alle posizioni individuali maturate e alle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dalla normativa tempo per tempo vigente.

Art.24 – Comunicazioni e reclami

1. L'impresa di assicurazione definisce le modalità con le quali gli aderenti e i beneficiari possono rappresentare le proprie esigenze e presentare reclami, in coerenza con le indicazioni fornite dalla COVIP, riportandole nella Nota informativa.

PARTE VI – NORME FINALI

Art.25 – Modifiche del Regolamento

1. Il Regolamento può essere modificato secondo le procedure previste dalla COVIP.
2. L'impresa di assicurazione stabilisce il termine di efficacia delle modifiche, tenuto conto dell'interesse degli aderenti e fatto salvo quanto disposto all'art. 26.

Art.26 – Trasferimento in caso di modifiche peggiorative delle condizioni economiche e di modifiche delle caratteristiche del Fondo

1. In caso di modifiche che complessivamente comportino un peggioramento rilevante delle condizioni economiche del Fondo, l'aderente interessato dalle suddette modifiche può trasferire la posizione individuale maturata ad altra forma pensionistica complementare, anche prima che siano decorsi due anni dall'iscrizione. Il diritto di trasferimento è altresì riconosciuto quando le modifiche interessano in modo sostanziale la caratterizzazione del Fondo, come può avvenire in caso di variazione significativa delle politiche di investimento.
2. L'impresa di assicurazione comunica a ogni aderente interessato l'introduzione delle modifiche almeno centoventi giorni prima della relativa data di efficacia; dal momento della comunicazione l'aderente ha novanta giorni di tempo per manifestare l'eventuale scelta di trasferimento. L'impresa di assicurazione può chiedere alla COVIP termini ridotti di efficacia nei casi in cui ciò sia utile al buon funzionamento del Fondo e non contrasti con l'interesse degli aderenti.
3. Per le operazioni di trasferimento di cui al presente articolo non sono previste spese.

Art.27 – Cessione del Fondo

1. Qualora l'impresa di assicurazione non voglia o non possa più esercitare l'attività di gestione del Fondo, questo viene ceduto ad altro soggetto, previa autorizzazione all'esercizio. In caso di cessione del Fondo a società diverse da quelle del Gruppo al quale appartiene l'impresa di assicurazione viene riconosciuto agli aderenti il diritto al trasferimento della posizione presso altra forma pensionistica complementare ai sensi dell'art. 26 e con le modalità ivi previste.

Art.28 – Operazioni di fusione

1. Nel caso in cui il Fondo sia interessato da operazioni di razionalizzazione che determinano la sua fusione con un altro fondo gestito dalla medesima impresa di assicurazione, il diritto al trasferimento della posizione presso altra forma pensionistica complementare viene riconosciuto qualora ricorrano le condizioni di cui all'art. 26 e con le modalità ivi previste.

Art.29 – Rinvio

1. Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si fa riferimento alla normativa tempo per tempo vigente.

ALLEGATO N.1

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RESPONSABILE

Art.1 – Nomina e cessazione dall'incarico

1. La nomina del Responsabile spetta all'organo di amministrazione dell'impresa di assicurazione che esercita l'attività del Fondo. L'incarico ha durata triennale ed è rinnovabile, anche tacitamente, per non più di una volta consecutivamente.
2. La cessazione del Responsabile per scadenza del termine ha effetto nel momento in cui viene nominato il nuovo Responsabile.
3. Il Responsabile può essere revocato solo per giusta causa, sentito il parere dell'organo di controllo dell'impresa di assicurazione.
4. Le nomine, gli eventuali rinnovi dell'incarico e le sostituzioni del Responsabile prima della scadenza del termine vengono comunicati alla COVIP entro quindici giorni dalla deliberazione.

Art.2 – Requisiti e incompatibilità

1. I requisiti per l'assunzione dell'incarico di Responsabile sono previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.
2. L'incarico di Responsabile è inoltre incompatibile con:
 - a) lo svolgimento di attività di lavoro subordinato e di prestazione d'opera continuativa presso l'impresa di assicurazione o società da questa controllate o che la controllano;
 - b) l'incarico di amministratore dell'impresa di assicurazione.

Art.3 – Decadenza

1. La perdita dei requisiti di onorabilità o il sopravvenire di situazioni di ineleggibilità o di incompatibilità comporta la decadenza dall'incarico.

Art.4 – Retribuzione

1. La retribuzione annuale del Responsabile è determinata dall'organo di amministrazione all'atto della nomina per l'intero periodo di durata dell'incarico e viene definita sulla base di una sana politica di remunerazione che tenga conto dei principi previsti dalla normativa tempo per tempo vigente, fermo restando che il compenso del Responsabile non può essere pattuito sotto forma di partecipazione agli utili dell'impresa di assicurazione, o di società controllanti o controllate, né sotto forma di diritti di acquisto o di sottoscrizione di azioni dell'impresa di assicurazione o di società controllanti o controllate.
2. Le spese relative alla remunerazione e allo svolgimento dell'incarico di Responsabile sono poste a carico del Fondo, salva diversa decisione dell'impresa di assicurazione.

Art.5 – Autonomia del Responsabile

1. Il Responsabile svolge la propria attività in modo autonomo e indipendente dall'impresa di assicurazione, riportando direttamente all'organo di amministrazione della stessa relativamente ai risultati dell'attività svolta.
2. A tale fine il Responsabile si avvale della collaborazione delle strutture organizzative dell'impresa di assicurazione, di volta in volta necessarie allo svolgimento dell'incarico e all'adempimento dei doveri di cui all'Art. 6. L'impresa di assicurazione gli garantisce l'accesso a tutte le informazioni necessarie allo scopo.
3. Il Responsabile assiste alle riunioni dell'organo di amministrazione e di quello di controllo dell'impresa di assicurazione, per tutte le materie inerenti al Fondo.

Art.6 – Doveri del Responsabile

1. Il Responsabile verifica che la gestione del Fondo sia svolta nell'esclusivo interesse degli aderenti e dei beneficiari e vigila sull'osservanza della normativa e del Regolamento nonché sul rispetto delle buone pratiche e dei principi di corretta amministrazione del Fondo.
2. Il Responsabile, avvalendosi delle procedure definite dall'impresa di assicurazione, organizza lo svolgimento delle sue funzioni al fine di:
 - a) **vigilare sulla gestione finanziaria del Fondo, anche nel caso di conferimento a terzi di deleghe di gestione, con riferimento ai controlli su:**
 - i. la politica di investimento. In particolare: che la politica di investimento effettivamente seguita sia coerente con quella indicata nel Regolamento e nel Documento sulla politica d'investimento e che gli investimenti, ivi compresi quelli effettuati in OICR, avvengano nell'esclusivo interesse degli aderenti, nel rispetto dei principi di sana e prudente gestione nonché nel rispetto dei criteri e limiti previsti dalla normativa tempo per tempo vigente e dal Regolamento;
 - ii. la gestione e il monitoraggio dei rischi. In particolare: che i rischi assunti con gli investimenti effettuati siano correttamente identificati, misurati e controllati e che siano coerenti con gli obiettivi perseguiti dalla politica di investimento;
 - b) **vigilare sulla gestione amministrativa del Fondo, anche nel caso di conferimento a terzi di deleghe di gestione, con riferimento ai controlli su:**
 - i. la separazione amministrativa e contabile delle operazioni poste in essere per conto del Fondo rispetto al complesso delle altre operazioni svolte dall'impresa di assicurazione e del patrimonio del Fondo rispetto a quello dell'impresa di assicurazione e di suoi clienti;
 - ii. la regolare tenuta dei libri e delle scritture contabili del Fondo;
 - c) **vigilare sulle misure di trasparenza adottate nei confronti degli aderenti e dei beneficiari con riferimento ai controlli su:**
 - i. l'adeguatezza dell'organizzazione dedicata a soddisfare le esigenze informative degli aderenti e dei beneficiari, sia al momento del collocamento del Fondo che durante il rapporto;
 - ii. gli oneri di gestione. In particolare, che le spese a carico degli aderenti e dei beneficiari previste dal Regolamento e le eventuali commissioni correlate ai risultati di gestione siano correttamente applicate;
 - iii. la completezza ed esaustività delle informazioni contenute nelle comunicazioni periodiche agli aderenti e ai beneficiari e in quelle inviate in occasione di eventi particolari;
 - iv. l'adeguatezza della procedura per la gestione dei reclami nonché il trattamento riservato ai singoli reclami;
 - v. la tempestività e la correttezza dell'erogazione delle prestazioni, in particolare con riferimento ai tempi di liquidazione delle somme richieste a titolo di anticipazione o riscatto e di trasferimento della posizione individuale.
3. Il Responsabile controlla le soluzioni adottate dall'impresa di assicurazione per identificare le situazioni di conflitti di interesse e per evitare che le stesse arrechino pregiudizio agli aderenti e ai beneficiari; egli controlla altresì la corretta esecuzione del contratto stipulato per il conferimento dell'incarico di depositario, nonché il rispetto delle convenzioni assicurative/condizioni per l'erogazione delle rendite e, ove presenti, delle convenzioni/condizioni relative alle prestazioni accessorie.
4. Delle irregolarità riscontrate nell'esercizio delle sue funzioni il Responsabile dà tempestiva comunicazione all'organo di amministrazione e a quello di controllo dell'impresa di assicurazione indicando gli interventi correttivi da adottare.

Art.7 – Rapporti con la COVIP

1. Il Responsabile:
 - a) predisporre annualmente una relazione che descrive in maniera analitica l'organizzazione adottata per l'adempimento dei suoi doveri e che dà conto della congruità delle procedure di cui si avvale per l'esecuzione dell'incarico, dei risultati dell'attività svolta, delle eventuali irregolarità riscontrate durante l'anno e delle iniziative poste in essere per eliminarle. La relazione viene trasmessa alla COVIP entro il 31 marzo di ciascun anno.
Copia della relazione stessa viene trasmessa all'organo di amministrazione e a quello di controllo dell'impresa di assicurazione;

- b) vigila sul rispetto delle deliberazioni della COVIP e verifica che vengano inviate alla stessa le segnalazioni, la documentazione e le relazioni richieste dalla normativa tempo per tempo vigente e dalle istruzioni emanate in proposito;
- c) comunica alla COVIP, contestualmente alla segnalazione all'organo di amministrazione e a quello di controllo dell'impresa di assicurazione, le irregolarità riscontrate nell'esercizio delle sue funzioni.

Art.8 – Responsabilità

1. Il Responsabile deve adempiere i suoi doveri con la professionalità e la diligenza richieste dalla natura dell'incarico e dalla sua specifica competenza e deve conservare il segreto sui fatti e sui documenti di cui ha conoscenza in ragione del suo ufficio, tranne che nei confronti della COVIP e delle autorità giudiziarie.
2. Egli risponde verso l'impresa di assicurazione e verso i singoli aderenti e beneficiari al Fondo dei danni a ciascuno arrecati e derivanti dall'inosservanza di tali doveri.
3. All'azione di responsabilità si applicano, in quanto compatibili, gli artt. 2391, 2392, 2393, 2394, 2394-bis e 2395 del Codice Civile

ALLEGATO N.2

CONDIZIONI E MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE RENDITE

Art. 1 – Prestazioni di rendita

Ai sensi dell'art. 12 del presente Regolamento, la Compagnia garantisce all'assicurato la corresponsione di una rendita immediata vitalizia rivalutabile, pagabile in rate posticipate, impiegando il montante contributivo maturato in capo all'iscritto, integrato dalla eventuale garanzia di risultato ed al netto dell'eventuale prestazione in forma di capitale erogatagli.

In alternativa alla rendita immediata vitalizia rivalutabile l'aderente al Fondo può chiedere, con un preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla data in cui matura il diritto alla pensione complementare di vecchiaia o di anzianità, di convertire l'ammontare relativo alla posizione individuale maturata in una delle seguenti rendite vitalizie alternative:

- a) una rendita immediata vitalizia rivalutabile reversibile: detta rendita è corrisposta all'assicurato finché è in vita e successivamente, in misura totale o parziale (60%) a scelta dell'assicurato stesso, alla persona da lui designata (denominata reversionario), ovvero alle persone da lui designate (denominate reversionari);
- b) una rendita rivalutabile certa per i primi 5 o 10 anni (a scelta dell'assicurato) e, successivamente, vitalizia: detta rendita è corrisposta per i primi 5 o 10 anni all'assicurato o, in caso di suo decesso, alla persona da lui designata (ovvero alle persone da lui designate). Successivamente la rendita verrà corrisposta all'assicurato se e finché questi resta in vita;
- c) una rendita rivalutabile certa per i primi 5 o 10 anni (a scelta dell'assicurato) e, successivamente, vitalizia reversibile: detta rendita è corrisposta per i primi 5 o 10 anni all'assicurato o, in caso di suo decesso, alla persona da lui designata (ovvero alle persone da lui designate). Successivamente detta rendita è corrisposta all'assicurato finché è in vita ed in seguito, in misura totale o parziale (60%) a scelta dell'assicurato stesso, alla persona da lui designata (denominata reversionario), ovvero alle persone da lui designate (denominate reversionari).

La rendita vitalizia in erogazione non potrà essere riscattata durante il periodo di suo godimento.

Per tutti i pagamenti del Fondo, ad eccezione del caso di decesso dell'assicurato, debbono essere preventivamente consegnati allo stesso – distintamente per il tipo di richiesta effettuata – i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare i Beneficiari aventi diritto:

- autocertificazione dell'aderente nella quale si dichiara – come indicato dall'art. 11, comma 1, "Prestazioni pensionistiche" del Regolamento del Fondo – il possesso dei requisiti richiesti per l'ottenimento della pensione complementare, ovvero:
 - compimento dell'età pensionabile stabilita nel regime obbligatorio di appartenenza con un minimo di 5 anni di iscrizione al Fondo, in caso di richiesta della pensione complementare di vecchiaia;
 - dichiarazione dell'aderente nella quale venga specificata la quota che si vuole venga liquidata in capitale, come indicato all'art. 11, commi 10 e 11, "Prestazioni pensionistiche" del Regolamento del Fondo;
- certificato di esistenza in vita dell'aderente o autocertificazione;
- copia leggibile di un valido documento di riconoscimento dell'aderente (tale certificazione deve essere inviata con frequenza annuale al Fondo).
- denominazione dell'Istituto Bancario e codice IBAN del conto corrente bancario dell'aderente.

Per tutti i pagamenti conseguenti al decesso dell'aderente debbono essere consegnati:

- certificato di morte dell'assicurato;
- dati anagrafici e fiscali del Beneficiario/i o del Reversionario/i;
- decreto del Giudice Tutelare, nel caso di beneficiario minorenne o di beneficiario incapace;
- denominazione dell'Istituto Bancario e codice IBAN del conto corrente bancario degli aventi diritto (Beneficiari o Reversionario/i);
- ulteriore documentazione di carattere amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Compagnia o dovuta per legge.

Il Fondo si riserva di chiedere ulteriore documentazione che si rendesse necessaria, per motivi di legge, per definire la liquidazione dell'importo spettante. Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi di

mora (tasso legale di interesse), a partire dal termine stesso, a favore dell'aderente o degli aventi diritto (Beneficiari o Reversionario/i).

Art. 2 – Periodicità di liquidazione

1. La rendita, indipendentemente dalla tipologia prescelta dall'assicurato, può essere frazionata in rate con cadenza mensile o bimestrale o trimestrale o quadrimestrale o semestrale anziché essere corrisposta in unica soluzione alla fine di ogni anno.
2. Il frazionamento della rendita non può essere modificato nel corso della sua erogazione.

Art. 3 – Premio

L'ammontare relativo alla posizione individuale in capo all'aderente (al netto della eventuale quota di prestazione da erogare sotto forma di capitale e dell'eventuale imposta) integrato dalla eventuale garanzia di risultato e dedotto dell'eventuale prestazione in forma di capitale di cui all'art. 11 del Regolamento, viene impiegato quale premio unico quale corrispettivo delle prestazioni di rendita.

Il versamento del premio da parte del Fondo a favore della gestione separata Remunera Più avviene al momento di entrata in vigore dell'assicurazione, così come definito al successivo art. 6.

Art. 4 – Modalità di calcolo della rendita iniziale

1. L'importo iniziale della rendita vitalizia rivalutabile è determinato moltiplicando il premio di cui al precedente art. 3, al netto del costo di 50 Euro di cui al successivo art. 5, per il coefficiente di conversione in vigore all'epoca di maturazione dei diritti di cui all'art. 11, comma 1, del Regolamento e dividendo il risultato ottenuto per 1.000.
2. I coefficienti di conversione dipendono dall'anno di nascita e dall'età assicurativa raggiunta dall'aderente alla data di decorrenza della rendita vitalizia, nonché dal frazionamento della rendita prescelto.
3. I coefficienti di conversione relativi alle forme di rendita di cui all'art. 1, lett. b) attualmente in vigore sono riportati nelle tabelle allegate, quelli riferiti alle rendite di cui all'art. 1, lett. a) e c) sono riportati nelle tabelle allegate solo per alcune combinazioni di età. I coefficienti relativi a combinazioni non riportate sono depositati presso la sede del Fondo e possono essere richiesti in qualsiasi momento e, comunque, prima della conversione della posizione individuale in prestazione pensionistica.

In caso di scelta del frazionamento della rendita sub annuale, l'importo ottenuto con i relativi coefficienti corrisponde all'importo annuo; l'ammontare delle singole rate si ottiene dividendo tale importo annuo per il numero delle rate prescelto.

I coefficienti attualmente in vigore per la determinazione del valore iniziale della rendita vitalizia di cui ai precedenti punti 2. e 3. sono stati determinati in base alla tavola di sopravvivenza desunta dalla tavola di mortalità denominata "A62UI", pubblicata dall'ANIA per questa tipologia di forme assicurative sulla base delle proiezioni demografiche elaborate dall'ISTAT, applicando un tasso tecnico pari allo 0,00% annuo.

Nel periodo di versamento della contribuzione (prima dell'erogazione della rendita) i coefficienti di conversione di cui ai precedenti punti 2. e 3. possono essere periodicamente rideterminati sulla base delle rilevazioni (osservazioni sugli andamenti) demografiche e delle condizioni finanziarie. Tale rideterminazione dei coefficienti non avrà effetto sulle rendite già in corso di erogazione, pertanto, i coefficienti riportati nelle successive tabelle sono validi per tutti gli aderenti che facciano richiesta della prestazione prima dell'eventuale sostituzione dei coefficienti medesimi, fermo restando quanto riportato al precedente art. 12 comma 3.

Ogni eventuale variazione dei coefficienti verrà comunicata all'aderente dal Fondo.

Art. 5 – Costi di gestione e pagamento rendita

Nella fase di conversione del premio in rendita è previsto un costo a carico dell'aderente pari a 50 Euro da decurtare dal premio stesso.

Il costo per le spese di amministrazione e di erogazione della rendita vitalizia è pari all'1,25% della rendita stessa. Nella fase di erogazione della rendita, come indicato al successivo art.8 "Modalità di rivalutazione annuale della rendita assicurata" la Compagnia trattiene dal rendimento annuo realizzato dalla Gestione "Remunera Più" una commissione pari a 1,20%.

Art. 6 – Entrata in vigore dell'assicurazione

1. Il contratto assicurativo decorre:

- dal primo giorno del mese successivo al ricevimento – presso la Compagnia – della richiesta di erogazione in rendita, per gli assicurati che ne abbiano fatto richiesta entro il 20 del mese;
- dal primo giorno del secondo mese successivo a quello di presentazione della richiesta presso la Compagnia, per gli assicurati che effettuano la richiesta tra il 21 e la fine del mese.

In entrambi i casi è necessario il raggiungimento dei requisiti previsti dall'art. 11 del Regolamento.

2. L'entrata in vigore della copertura assicurativa di rendita è comunicata per iscritto a ciascun assicurato.

Art. 7 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'assicurato e/o dell'eventuale Reversionario di cui all'Art. 1 comporta, in ogni caso, la rettifica, in base alle età reali, della rendita assicurata.

Art. 8 – Modalità di rivalutazione annuale della rendita assicurata

Il contratto assicurativo di rendita appartiene ad una speciale categoria di contratti, a cui la Compagnia riconosce una rivalutazione annua delle prestazioni assicurate.

La Compagnia gestisce le attività a copertura degli impegni assunti (riserve matematiche) nei confronti degli aderenti al Fondo, attraverso la gestione separata denominata Remunera più con le modalità ed i criteri previsti dal Regolamento della gestione stessa e di seguito riportato.

A) Misura annua della rivalutazione

Al 31 dicembre di ciascun anno viene determinato il rendimento su base annua realizzato dalla gestione separata al 31 ottobre immediatamente precedente. Il rendimento annuale viene determinato rapportando il risultato finanziario di "Remunera più" al valore medio degli investimenti per tale periodo. Tale rendimento è al netto degli oneri specifici degli investimenti e degli oneri dovuti alla Società di revisione per la certificazione del rendiconto annuale della gestione.

La misura annua di rivalutazione da attribuire agli assicurati si ottiene sottraendo al rendimento annuo della gestione separata Remunera più, come sopra determinata, un valore denominato commissione annua di gestione pari all'1,20%.

Qualora la misura annua di rivalutazione risulti negativa, per l'anno in questione la rivalutazione della rendita non interviene.

B) Rivalutazione delle prestazioni

1. Al primo gennaio di ciascun anno (data di rivalutazione), la rendita vitalizia viene rivalutata mediante aumento, a totale carico della Compagnia, della riserva matematica costituitasi a tale epoca.
2. Tale aumento viene determinato secondo la misura annua di rivalutazione fissata, a norma del precedente punto A) "Misura di rivalutazione".
3. La rendita rivalutata sarà determinata moltiplicando la rendita in vigore nel periodo annuale precedente per la misura annua di rivalutazione e sommando tale importo alla rendita in vigore nel periodo annuale precedente; la prima rivalutazione sarà effettuata *pro-rata temporis* in funzione della data di conversione del premio in rendita vitalizia rispetto alla data di rivalutazione (periodo di tempo compreso tra la data di conversione in rendita e la data di rivalutazione di riferimento).
4. L'aumento annuale della rendita verrà annualmente comunicato all'assicurato dalla Compagnia.

Art. 9 – Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non previsto dal contratto valgono le norme di legge.

Art. 10 – Tasse ed imposte

Tasse ed imposte relative al contratto sono a carico dell'aderente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA "REMUNERA PIÙ"

Art. 1 – Costituzione e denominazione della gestione separata

Helvetia Vita S.p.A. (già Chiara Vita S.p.A.) – di seguito la "Società" – ha costituito una speciale forma di gestione degli investimenti, denominata "Remunera più", 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 riferimenti ai suddetti contratti, il presente Regolamento costituisce parte integrante delle rispettive Condizioni contrattuali.

La gestione "Remunera più" è denominata in Euro.

La gestione "Remunera più" è conforme alle norme stabilite dall'ISVAP (oggi IVASS) 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 "Remunera più" 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 "Remunera più"; 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 "Remunera più".

In linea generale, le risorse della gestione "Remunera più" 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 "Remunera più" 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.

È 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 "Remunera più".

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.

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-

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%.

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 (oggi IVASS) 38/2011;
- immobilizzazioni materiali;
- spese di acquisizione da ammortizzare.

Le operazioni con le controparti di cui all'Art. 5 del Regolamento ISVAP (oggi IVASS) 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 IVASS 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 "Remunera più".

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

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

Annualmente viene determinato il tasso medio di rendimento della gestione "Remunera più" relativamente al periodo di osservazione che decorre dal 1° gennaio fino al 31 dicembre di ciascun anno.

In aggiunta al tasso medio di rendimento sopra indicato, al termine di ciascun mese viene determinato il tasso di rendimento medio realizzato per il periodo corrispondente ai 12 mesi di calendario precedenti.

I tassi medi di rendimento, relativi ai periodi sopra indicati, sono determinati rapportando il risultato finanziario della gestione di competenza di quel periodo al valore medio annuo degli investimenti della gestione relativo al medesimo periodo.

Il risultato finanziario della gestione è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa nel periodo considerato, 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 "Remunera più", 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 "Remunera più", ivi incluse le spese relative alla certificazione della gestione di cui al successivo articolo 4, fermo restando che sulla gestione "Remunera più" non sono consentite altre forme di prelievo in qualsiasi modo effettuate.

Per valore medio annuo degli investimenti della gestione "Remunera più" 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 "Remunera più".

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 separata.

Art. 4 – Verifica contabile della gestione separata

La gestione "Remunera più" 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. n. 58/1998 n. 58 (T.U.F.) e dell'art. 43, comma 1, lettera i) del D.lgs. n. 39/2010 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.

In occasione della verifica annuale relativa al periodo di osservazione, la Società di Revisione di cui sopra verifica anche tutti gli altri 11 rendimenti annui calcolati nei periodi non coincidenti con il periodo di osservazione.

Art. 5 – 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.

Art. 6 – Facoltà del Contraente

Il Contraente ha facoltà di richiedere in qualsiasi momento un prospetto aggiornato della ripartizione delle attività che compongono la gestione interna separata.

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA VITALIZIA IMMEDIATA**

TASSO TECNICO: 0%

BASE DEMOGRAFICA: A62UI (combinazione 60% maschi e 40% femmine)

RATEAZIONE DELLA RENDITA						
Età (*)	ANNUALE	SEMESTRALE	QUADRIMESTRALE	TRIMESTRALE	BIMESTRALE	MENSILE
50	25,38	25,22	25,16	25,14	25,11	25,08
51	26,02	25,85	25,79	25,76	25,73	25,71
52	26,68	26,51	26,45	26,42	26,39	26,36
53	27,39	27,20	27,14	27,11	27,07	27,04
54	28,13	27,93	27,86	27,83	27,80	27,76
55	28,90	28,69	28,62	28,59	28,55	28,52
56	29,72	29,50	29,42	29,39	29,35	29,31
57	30,58	30,35	30,27	30,23	30,19	30,15
58	31,49	31,25	31,16	31,12	31,08	31,04
59	32,46	32,20	32,11	32,07	32,02	31,98
60	33,49	33,21	33,11	33,07	33,02	32,97
61	34,58	34,28	34,18	34,13	34,08	34,03
62	35,73	35,41	35,31	35,25	35,20	35,15
63	36,96	36,62	36,51	36,45	36,39	36,34
64	38,27	37,90	37,78	37,72	37,66	37,60
65	39,67	39,28	39,15	39,08	39,02	38,95
66	41,17	40,75	40,61	40,54	40,47	40,40
67	42,79	42,33	42,18	42,10	42,03	41,96
68	44,53	44,03	43,87	43,79	43,71	43,63
69	46,40	45,87	45,69	45,60	45,51	45,43
70	48,44	47,85	47,66	47,56	47,47	47,37
71	50,64	50,00	49,79	49,68	49,58	49,47
72	53,03	52,33	52,10	51,98	51,87	51,76
73	55,63	54,86	54,61	54,48	54,36	54,23
74	58,47	57,61	57,33	57,20	57,06	56,92
75	61,56	60,62	60,31	60,15	60,00	59,85
76	64,95	63,90	63,55	63,38	63,22	63,05
77	68,66	67,49	67,11	66,92	66,73	66,54
78	72,75	71,43	71,01	70,79	70,58	70,37
79	77,23	75,75	75,27	75,03	74,79	74,56
80	82,15	80,48	79,93	79,66	79,40	79,13
81	87,55	85,65	85,04	84,74	84,43	84,13
82	93,50	91,33	90,64	90,29	89,95	89,61
83	100,04	97,57	96,78	96,38	95,99	95,61
84	107,25	104,42	103,50	103,05	102,61	102,17
85	115,14	111,88	110,83	110,31	109,80	109,30

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1958 al 1966. Per i nati dal 1967 al 1977 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1978 al 1989 il ringiovanimento di due anni; per i nati dal 1990 al 2001 il ringiovanimento di tre anni; per i nati dal 2002 al 2014 il ringiovanimento di quattro anni; per i nati dal 2015 al 2020 il ringiovanimento di cinque anni; per i nati dal 2021 in poi il ringiovanimento di sei anni. Al contrario per i nati dal 1948 al 1957, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati dal 1928 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di tre anni; per i nati dal 1921 al 1927, l'età dovrà essere aumentata di quattro anni; per i nati dal 1918 al 1921, l'età dovrà essere aumentata di cinque anni; per i nati dal 1908 al 1917, l'età dovrà essere aumentata di sei anni; per i nati nel 1907 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di sette anni.

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
VITALIZIA**

TASSO TECNICO: 0%

BASE DEMOGRAFICA: A62UI (combinazione 60% maschi e 40% femmine)

Età (*)	RATEAZIONE DELLA RENDITA					
	ANNUALE	SEMESTRALE	QUADRIMESTRALE	TRIMESTRALE	BIMESTRALE	MENSILE
50	25,37	25,20	25,15	25,12	25,10	25,07
51	26,00	25,83	25,78	25,75	25,72	25,69
52	26,67	26,49	26,43	26,40	26,37	26,34
53	27,37	27,18	27,12	27,09	27,06	27,03
54	28,10	27,91	27,84	27,81	27,78	27,75
55	28,88	28,67	28,60	28,57	28,53	28,50
56	29,69	29,47	29,40	29,36	29,33	29,29
57	30,55	30,32	30,24	30,21	30,17	30,13
58	31,46	31,21	31,13	31,09	31,05	31,01
59	32,42	32,16	32,08	32,03	31,99	31,95
60	33,44	33,16	33,07	33,03	32,98	32,94
61	34,52	34,23	34,13	34,08	34,03	33,99
62	35,67	35,36	35,25	35,20	35,15	35,10
63	36,89	36,55	36,44	36,39	36,33	36,28
64	38,19	37,83	37,71	37,65	37,59	37,54
65	39,58	39,19	39,06	39,00	38,94	38,88
66	41,06	40,65	40,51	40,45	40,38	40,31
67	42,66	42,21	42,07	41,99	41,92	41,85
68	44,37	43,89	43,73	43,66	43,58	43,50
69	46,22	45,70	45,53	45,44	45,36	45,28
70	48,21	47,65	47,46	47,37	47,28	47,19
71	50,36	49,75	49,55	49,45	49,35	49,25
72	52,68	52,02	51,80	51,70	51,59	51,48
73	55,20	54,48	54,24	54,12	54,00	53,89
74	57,92	57,13	56,87	56,75	56,62	56,49
75	60,87	60,01	59,73	59,59	59,45	59,31
76	64,07	63,12	62,81	62,66	62,51	62,35
77	67,53	66,49	66,15	65,99	65,82	65,65
78	71,27	70,14	69,77	69,58	69,40	69,22
79	75,31	74,06	73,66	73,46	73,26	73,06
80	79,65	78,28	77,84	77,62	77,40	77,18
81	84,29	82,80	82,32	82,08	81,84	81,60
82	89,23	87,62	87,09	86,83	86,57	86,31
83	94,48	92,72	92,15	91,87	91,59	91,31
84	99,98	98,09	97,48	97,18	96,87	96,57
85	105,68	103,66	103,01	102,68	102,36	102,04

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1958 al 1966. Per i nati dal 1967 al 1977 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1978 al 1989 il ringiovanimento di due anni; per i nati dal 1990 al 2001 il ringiovanimento di tre anni; per i nati dal 2002 al 2014 il ringiovanimento di quattro anni; per i nati dal 2015 al 2020 il ringiovanimento di cinque anni; per i nati dal 2021 in poi il ringiovanimento di sei anni. Al contrario per i nati dal 1948 al 1957, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati dal 1928 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di tre anni; per i nati dal 1921 al 1927, l'età dovrà essere aumentata di quattro anni; per i nati dal 1918 al 1921, l'età dovrà essere aumentata di cinque anni; per i nati dal 1908 al 1917, l'età dovrà essere aumentata di sei anni; per i nati nel 1907 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di sette anni.

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
VITALIZIA**

TASSO TECNICO: 0%

BASE DEMOGRAFICA: A62UI (combinazione 60% maschi e 40% femmine)

RATEAZIONE DELLA RENDITA						
Età (*)	ANNUALE	SEMESTRALE	QUADRIMESTRALE	TRIMESTRALE	BIMESTRALE	MENSILE
50	25,32	25,17	25,11	25,09	25,06	25,03
51	25,96	25,79	25,73	25,71	25,68	25,65
52	26,62	26,44	26,38	26,35	26,33	26,30
53	27,31	27,13	27,07	27,03	27,00	26,97
54	28,04	27,84	27,78	27,75	27,72	27,68
55	28,80	28,60	28,53	28,50	28,46	28,43
56	29,61	29,39	29,32	29,28	29,25	29,21
57	30,45	30,23	30,15	30,11	30,08	30,04
58	31,35	31,11	31,03	30,99	30,95	30,91
59	32,29	32,04	31,96	31,91	31,87	31,83
60	33,29	33,02	32,93	32,89	32,85	32,80
61	34,35	34,06	33,97	33,92	33,88	33,83
62	35,47	35,17	35,07	35,02	34,97	34,92
63	36,66	36,34	36,23	36,18	36,13	36,07
64	37,92	37,58	37,46	37,41	37,35	37,30
65	39,26	38,89	38,77	38,71	38,65	38,60
66	40,69	40,30	40,17	40,11	40,04	39,98
67	42,21	41,79	41,66	41,59	41,52	41,45
68	43,83	43,39	43,24	43,17	43,10	43,02
69	45,56	45,08	44,93	44,85	44,77	44,70
70	47,40	46,89	46,73	46,64	46,56	46,48
71	49,36	48,82	48,64	48,55	48,47	48,38
72	51,44	50,86	50,67	50,58	50,49	50,39
73	53,64	53,03	52,83	52,73	52,63	52,53
74	55,97	55,32	55,10	55,00	54,89	54,79
75	58,41	57,72	57,49	57,38	57,27	57,16
76	60,96	60,23	60,00	59,88	59,76	59,64
77	63,60	62,85	62,60	62,47	62,35	62,23
78	66,32	65,53	65,28	65,15	65,02	64,90
79	69,07	68,27	68,01	67,88	67,75	67,62
80	71,83	71,02	70,76	70,62	70,49	70,36
81	74,55	73,74	73,48	73,35	73,21	73,08
82	77,19	76,40	76,13	76,00	75,87	75,74
83	79,73	78,95	78,70	78,57	78,44	78,31
84	82,14	81,39	81,14	81,02	80,89	80,77
85	84,40	83,68	83,44	83,32	83,21	83,09

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1958 al 1966. Per i nati dal 1967 al 1977 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1978 al 1989 il ringiovanimento di due anni; per i nati dal 1990 al 2001 il ringiovanimento di tre anni; per i nati dal 2002 al 2014 il ringiovanimento di quattro anni; per i nati dal 2015 al 2020 il ringiovanimento di cinque anni; per i nati dal 2021 in poi il ringiovanimento di sei anni. Al contrario per i nati dal 1948 al 1957, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati dal 1928 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di tre anni; per i nati dal 1921 al 1927, l'età dovrà essere aumentata di quattro anni; per i nati dal 1918 al 1921, l'età dovrà essere aumentata di cinque anni; per i nati dal 1908 al 1917, l'età dovrà essere aumentata di sei anni; per i nati nel 1907 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di sette anni.

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE TOTALMENTE

TASSO TECNICO: 0%

BASE DEMOGRAFICA: A62UI (combinazione 60% maschi e 40% femmine)

Età (*)	TESTA REVERSIONARIA											
	I^A TESTA	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65		33,27	33,80	34,31	34,80	35,27	35,70	36,11	36,49	36,84	37,17	37,46
66		33,80	34,39	34,96	35,50	36,02	36,52	36,98	37,42	37,83	38,20	38,54
67		34,31	34,96	35,58	36,19	36,77	37,33	37,86	38,36	38,82	39,25	39,65
68		34,80	35,50	36,19	36,86	37,50	38,13	38,73	39,29	39,83	40,33	40,79
69		35,27	36,02	36,77	37,50	38,22	38,92	39,59	40,23	40,83	41,41	41,94
70		35,70	36,52	37,33	38,13	38,92	39,69	40,43	41,15	41,84	42,49	43,11
71		36,11	36,98	37,86	38,73	39,59	40,43	41,26	42,07	42,84	43,58	44,28
72		36,49	37,42	38,36	39,29	40,23	41,15	42,07	42,96	43,82	44,66	45,46
73		36,84	37,83	38,82	39,83	40,83	41,84	42,84	43,82	44,79	45,72	46,62
74		37,17	38,20	39,25	40,33	41,41	42,49	43,58	44,66	45,72	46,76	47,77
75		37,46	38,54	39,65	40,79	41,94	43,11	44,28	45,46	46,62	47,77	48,90

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE AL 60%

TASSO TECNICO: 0%

BASE DEMOGRAFICA: A62UI (combinazione 60% maschi e 40% femmine)

Età (*)	TESTA REVERSIONARIA											
	I^A TESTA	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65		35,54	35,90	36,24	36,57	36,87	37,16	37,42	37,67	37,89	38,09	38,28
66		36,38	36,78	37,17	37,53	37,88	38,21	38,51	38,80	39,06	39,30	39,51
67		37,23	37,68	38,11	38,52	38,92	39,29	39,64	39,97	40,27	40,55	40,80
68		38,09	38,59	39,07	39,53	39,98	40,40	40,80	41,18	41,53	41,85	42,15
69		38,96	39,51	40,04	40,56	41,06	41,54	42,00	42,43	42,83	43,21	43,55
70		39,84	40,44	41,03	41,61	42,17	42,71	43,22	43,71	44,17	44,61	45,01
71		40,72	41,38	42,03	42,67	43,29	43,89	44,48	45,03	45,56	46,06	46,53
72		41,61	42,33	43,04	43,74	44,43	45,10	45,75	46,38	46,98	47,56	48,10
73		42,50	43,27	44,05	44,82	45,58	46,33	47,05	47,76	48,44	49,09	49,71
74		43,39	44,22	45,06	45,90	46,74	47,56	48,37	49,16	49,93	50,67	51,38
75		44,27	45,17	46,08	46,99	47,90	48,81	49,70	50,58	51,44	52,27	53,08

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1958 al 1966. Per i nati dal 1967 al 1977 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1978 al 1989 il ringiovanimento di due anni; per i nati dal 1990 al 2001 il ringiovanimento di tre anni; per i nati dal 2002 al 2014 il ringiovanimento di quattro anni; per i nati dal 2015 al 2020 il ringiovanimento di cinque anni; per i nati dal 2021 in poi il ringiovanimento di sei anni. Al contrario per i nati dal 1948 al 1957, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati dal 1928 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di tre anni; per i nati dal 1921 al 1927, l'età dovrà essere aumentata di quattro anni; per i nati dal 1918 al 1921, l'età dovrà essere aumentata di cinque anni; per i nati dal 1908 al 1917, l'età dovrà essere aumentata di sei anni; per i nati nel 1907 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di sette anni.

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE TOTALMENTE

TASSO TECNICO: 0%

BASE DEMOGRAFICA: A62UI (combinazione 60% maschi e 40% femmine)

Età (*)	TESTA REVERSIONARIA											
	I^A TESTA	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65		33,26	33,79	34,30	34,79	35,25	35,68	36,09	36,47	36,81	37,13	37,42
66		33,79	34,38	34,94	35,49	36,00	36,50	36,96	37,39	37,79	38,16	38,50
67		34,30	34,94	35,57	36,17	36,75	37,30	37,83	38,32	38,78	39,21	39,60
68		34,79	35,49	36,17	36,83	37,48	38,10	38,69	39,25	39,78	40,27	40,72
69		35,25	36,00	36,75	37,48	38,19	38,88	39,55	40,18	40,78	41,34	41,86
70		35,68	36,50	37,30	38,10	38,88	39,65	40,38	41,10	41,77	42,41	43,01
71		36,09	36,96	37,83	38,69	39,55	40,38	41,20	42,00	42,76	43,48	44,17
72		36,47	37,39	38,32	39,25	40,18	41,10	42,00	42,88	43,73	44,54	45,32
73		36,81	37,79	38,78	39,78	40,78	41,77	42,76	43,73	44,67	45,58	46,46
74		37,13	38,16	39,21	40,27	41,34	42,41	43,48	44,54	45,58	46,59	47,57
75		37,42	38,50	39,60	40,72	41,86	43,01	44,17	45,32	46,46	47,57	48,66

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE AL 60%

TASSO TECNICO: 0%

BASE DEMOGRAFICA: A62UI (combinazione 60% maschi e 40% femmine)

Età (*)	TESTA REVERSIONARIA											
	I^A TESTA	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65		35,43	35,79	36,13	36,45	36,75	37,03	37,29	37,54	37,76	37,95	38,14
66		36,25	36,65	37,03	37,40	37,74	38,06	38,36	38,64	38,90	39,13	39,34
67		37,08	37,53	37,96	38,36	38,75	39,12	39,47	39,79	40,08	40,35	40,60
68		37,92	38,41	38,89	39,35	39,79	40,20	40,59	40,96	41,31	41,62	41,91
69		38,76	39,30	39,83	40,34	40,83	41,30	41,75	42,17	42,56	42,93	43,27
70		39,60	40,19	40,78	41,34	41,89	42,42	42,93	43,41	43,86	44,28	44,67
71		40,44	41,09	41,73	42,35	42,96	43,55	44,12	44,66	45,18	45,66	46,11
72		41,27	41,98	42,67	43,36	44,03	44,69	45,33	45,94	46,52	47,07	47,58
73		42,10	42,86	43,61	44,36	45,10	45,83	46,54	47,22	47,87	48,50	49,09
74		42,91	43,72	44,54	45,36	46,16	46,96	47,74	48,50	49,24	49,94	50,61
75		43,70	44,57	45,45	46,33	47,21	48,08	48,94	49,78	50,60	51,39	52,14

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1958 al 1966. Per i nati dal 1967 al 1977 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1978 al 1989 il ringiovanimento di due anni; per i nati dal 1990 al 2001 il ringiovanimento di tre anni; per i nati dal 2002 al 2014 il ringiovanimento di quattro anni; per i nati dal 2015 al 2020 il ringiovanimento di cinque anni; per i nati dal 2021 in poi il ringiovanimento di sei anni. Al contrario per i nati dal 1948 al 1957, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati dal 1928 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di tre anni; per i nati dal 1921 al 1927, l'età dovrà essere aumentata di quattro anni; per i nati dal 1918 al 1921, l'età dovrà essere aumentata di cinque anni; per i nati dal 1908 al 1917, l'età dovrà essere aumentata di sei anni; per i nati nel 1907 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di sette anni.

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA REVERSIBILE TOTALMENTE**

TASSO TECNICO: 0%

BASE DEMOGRAFICA: A62UI (combinazione 60% maschi e 40% femmine)

Età (*)	TESTA REVERSIONARIA										
I^A TESTA	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65	33,27	33,80	34,32	34,80	35,27	35,71	36,11	36,50	36,85	37,17	37,47
66	33,80	34,39	34,96	35,50	36,02	36,52	36,99	37,42	37,83	38,21	38,55
67	34,32	34,96	35,58	36,19	36,77	37,33	37,86	38,36	38,83	39,26	39,66
68	34,80	35,50	36,19	36,86	37,51	38,13	38,73	39,30	39,83	40,33	40,79
69	35,27	36,02	36,77	37,51	38,22	38,92	39,59	40,23	40,84	41,41	41,95
70	35,71	36,52	37,33	38,13	38,92	39,69	40,44	41,16	41,85	42,50	43,12
71	36,11	36,99	37,86	38,73	39,59	40,44	41,27	42,07	42,85	43,59	44,29
72	36,50	37,42	38,36	39,30	40,23	41,16	42,07	42,97	43,83	44,67	45,47
73	36,85	37,83	38,83	39,83	40,84	41,85	42,85	43,83	44,80	45,73	46,64
74	37,17	38,21	39,26	40,33	41,41	42,50	43,59	44,67	45,73	46,78	47,79
75	37,47	38,55	39,66	40,79	41,95	43,12	44,29	45,47	46,64	47,79	48,92

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA REVERSIBILE AL 60%**

TASSO TECNICO: 0%

BASE DEMOGRAFICA: A62UI (combinazione 60% maschi e 40% femmine)

Età (*)	TESTA REVERSIONARIA										
I^A TESTA	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65	35,57	35,93	36,28	36,60	36,91	37,19	37,46	37,70	37,93	38,13	38,32
66	36,41	36,82	37,20	37,57	37,92	38,25	38,56	38,84	39,10	39,34	39,56
67	37,27	37,72	38,15	38,57	38,96	39,34	39,69	40,02	40,32	40,60	40,86
68	38,14	38,64	39,12	39,59	40,03	40,46	40,86	41,23	41,59	41,91	42,21
69	39,01	39,56	40,10	40,62	41,12	41,60	42,06	42,49	42,90	43,27	43,62
70	39,90	40,51	41,10	41,68	42,24	42,78	43,30	43,79	44,26	44,69	45,10
71	40,79	41,46	42,11	42,75	43,38	43,98	44,57	45,13	45,66	46,16	46,63
72	41,70	42,42	43,13	43,84	44,53	45,21	45,86	46,50	47,10	47,68	48,22
73	42,60	43,38	44,16	44,94	45,70	46,45	47,18	47,90	48,58	49,24	49,86
74	43,51	44,35	45,20	46,04	46,88	47,71	48,53	49,32	50,10	50,84	51,56
75	44,42	45,33	46,24	47,16	48,07	48,99	49,89	50,78	51,65	52,49	53,30

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1958 al 1966. Per i nati dal 1967 al 1977 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1978 al 1989 il ringiovanimento di due anni; per i nati dal 1990 al 2001 il ringiovanimento di tre anni; per i nati dal 2002 al 2014 il ringiovanimento di quattro anni; per i nati dal 2015 al 2020 il ringiovanimento di cinque anni; per i nati dal 2021 in poi il ringiovanimento di sei anni. Al contrario per i nati dal 1948 al 1957, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati dal 1928 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di tre anni; per i nati dal 1921 al 1927, l'età dovrà essere aumentata di quattro anni; per i nati dal 1918 al 1921, l'età dovrà essere aumentata di cinque anni; per i nati dal 1908 al 1917, l'età dovrà essere aumentata di sei anni; per i nati nel 1907 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di sette anni.

ALLEGATO N. 3

CONDIZIONI DELLE PRESTAZIONI ACCESSORIE

1. COPERTURA IN CASO DI DECESSO O IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE DELL'ADERENTE

2. COPERTURA IN CASO DI DECESSO E IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (LTC) DELL'ADERENTE

1. COPERTURA IN CASO DI DECESSO O IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE DELL'ADERENTE

Art. 1 – Oggetto della copertura

Con la presente copertura assicurativa Helvetia Vita S.p.A. si impegna a corrispondere:

- ai Beneficiari designati, un importo pari al capitale assicurato, di cui al successivo art. 7, nel caso in cui si verifichi il decesso dell'aderente (Assicurato) durante il periodo di validità della copertura;

oppure

- all'aderente, un importo pari al 100% del capitale assicurato previsto dalla copertura in caso di decesso nel caso in cui si verifichi l'invalidità totale e permanente dell'aderente stesso.

Si tratta di un'assicurazione sulla vita di durata monoannuale ad attivazione facoltativa, riservata esclusivamente agli iscritti al Fondo Pensione Aperto Soluzione Previdente, che siano lavoratori e abbiano un'età compresa tra i 18 e i 65 anni anagrafici al momento dell'attivazione.

Alla scadenza della copertura assicurativa, l'età dell'aderente non deve comunque superare l'età pensionabile e in ogni caso non può essere superiore ai 70 anni (anagrafici).

La copertura assicurativa non è rinnovabile per gli aderenti che al momento del rinnovo abbiano un'età anagrafica superiore ai 70 anni e/o non siano più lavoratori.

Qualora l'età di 70 anni o la perdita del lavoro (compreso il caso di pensionamento) avvenga in corso d'anno la copertura è comunque prestata dalla Compagnia fino alla fine dell'anno.

Il capitale assicurato non è collegato al valore della posizione assicurativa presente nel Fondo Pensione, bensì si tratta di una prestazione aggiuntiva e indipendente.

Le prestazioni assicurate (capitale assicurato in caso di decesso o di invalidità totale e permanente) non possono in alcun caso cumularsi tra loro, pertanto, con riferimento a ciascun aderente, verrà liquidata alternativamente solo la prestazione inerente al primo dei due eventi che si verifica. Resta inteso che il decesso dell'aderente che si verifichi prima che venga riconosciuta l'invalidità – già precedentemente denunciata al Fondo Pensione Aperto – equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità.

Art. 2 – Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'impresa di assicurazione avviene al momento della richiesta di attivazione della copertura da parte dell'aderente.

L'aderente può attivare la copertura assicurativa contestualmente all'adesione al Fondo oppure, in un momento successivo, mediante sottoscrizione di apposito modulo.

In entrambi i casi l'aderente deve inoltre sottoscrivere una Dichiarazione di Buono Stato di Salute prevista per la valutazione del suo stato di salute. Qualora l'aderente sia impossibilitato a sottoscrivere tale dichiarazione, il rischio si intende rifiutato da parte dell'impresa di assicurazione e non sarà possibile attivare la copertura assicurativa.

Si richiama la necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel modulo di adesione (o nel modulo di attivazione delle prestazioni accessorie) relative alla Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'aderente per la definizione del rischio siano veritiere, esatte e complete per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni dell'impresa di assicurazione che potrebbero anche pregiudicare il diritto degli aventi diritto di ottenere il pagamento della prestazione assicurata.

L'aderente che abbia chiesto e ottenuto la disdetta al rinnovo della copertura assicurativa ai sensi del successivo

art. 6 e, successivamente, desidera riattivarla dovrà farne espressa richiesta al Fondo Pensione Aperto e sottoscrivere nuovamente la Dichiarazione di Buono Stato di Salute per permettere all'impresa di assicurazione di effettuare le proprie valutazioni.

Art. 3 – Premio

Le prestazioni assicurate sono garantite a fronte della corresponsione di un premio annuo di importo fisso e non modificabile, prescelto dall'aderente tra quelli di seguito riportati:

- 150 Euro;
- 200 Euro.

Il premio prescelto dall'aderente è unico e valido per entrambe le coperture. Per coloro che aderiscono in corso d'anno, l'importo del premio sarà determinato riducendo in misura proporzionale alla durata delle coperture, il premio corrispondente alla durata di 1 anno.

Art. 4 – Pagamento del premio

Il pagamento del primo premio deve essere effettuato dall'aderente esclusivamente tramite bonifico bancario direttamente a favore del Fondo Pensione sul conto corrente bancario indicato all'interno del Modulo di adesione (o nel modulo di attivazione delle prestazioni accessorie).

Il pagamento dei premi successivi al primo deve essere effettuato dall'aderente mediante addebito dell'importo pattuito sul conto corrente acceso presso la Banca distributrice e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca su apposito conto corrente intestato al Fondo Pensione e riportato nel Modulo di adesione (o nel modulo di attivazione delle prestazioni accessorie).

In caso di cessazione del rapporto dell'aderente con la Banca presso cui è stata effettuata l'adesione al Fondo Pensione o laddove non sia possibile attivare l'addebito automatico in conto, i versamenti successivi al primo potranno essere versati tramite bonifico bancario - direttamente a favore del Fondo Pensione - sul conto corrente utilizzato per il versamento del primo premio o, laddove variato, sul conto corrente che sarà comunicato dal Fondo Pensione Aperto.

Le spese relative ai mezzi di pagamento gravano direttamente sugli aderenti.

Art. 5 – Durata e decorrenza della copertura assicurativa

La copertura assicurativa ha durata monoannuale e si rinnova automaticamente il 1° gennaio di ogni anno.

La copertura si intende conclusa nel momento in cui l'aderente ha provveduto a sottoscrivere la richiesta di attivazione della copertura ed ha effettuato il pagamento del primo premio annuale.

In fase di prima attivazione e previo consenso dell'impresa di assicurazione la copertura ha decorrenza dalle:

- ore 24.00 del 1° giorno lavorativo del mese successivo a quello di richiesta di attivazione, se la richiesta di attivazione è pervenuta al Fondo Pensione Aperto entro il 15 del mese ed il pagamento del primo premio è avvenuto con valuta entro il 5° giorno lavorativo precedente la fine del mese nel quale è pervenuta la richiesta di attivazione;
- ore 24.00 del 1° giorno lavorativo del secondo mese successivo a quello di richiesta di attivazione, se la richiesta di attivazione è pervenuta al Fondo Pensione Aperto dopo il 15 del mese ed il pagamento del primo premio è avvenuto con valuta entro il 5° giorno lavorativo precedente la fine del mese successivo a quello di pervenimento della richiesta di attivazione.

Esempio 1:

Richiesta di attivazione: 10/11/2022

Data valuta pagamento premio: 22/11/2022

Decorrenza della copertura: 01/12/2022

Esempio 2:

Richiesta di attivazione: 28/11/2022

Data valuta pagamento premio: 15/12/2022

Decorrenza della copertura: 01/01/2023

Per gli anni successivi la copertura avrà validità dall'1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno solare, previo pagamento del relativo premio a norma di quanto previsto al successivo art. 6.

Art. 6 – Rinnovo e disdetta delle coperture assicurative

La copertura assicurativa si rinnova tacitamente alle ore 24.00 del 1° gennaio di ogni anno fino al raggiungimento dell'età massima prevista.

Resta ferma la possibilità per l'aderente di dare disdetta al rinnovo mediante invio di lettera raccomandata A/R al Fondo o invio di e-mail o e-mail PEC agli indirizzi riportati nella Nota Informativa. Se la richiesta di disdetta perviene:

- entro e non oltre il 15 novembre dell'anno in corso, la disdetta è valida per il rinnovo immediatamente successivo;
- dal 16 novembre al 31 dicembre dell'anno in corso, la disdetta è valida per il rinnovo del secondo anno successivo.

Esempio 1: Richiesta di disdetta arrivata il 15/11/2022: le coperture non saranno rinnovate per il 2023.

Esempio 2: Richiesta di disdetta arrivata il 03/12/2022: le coperture saranno rinnovate per il 2023 e non saranno rinnovate per il 2024.

In caso di disdetta effettuata nel corso dell'anno o in caso di uscita dal Fondo Pensione nel corso dell'anno la copertura in caso di decesso o in caso di invalidità totale e permanente resterà in ogni caso attiva fino al 31 dicembre dello stesso anno.

La copertura in caso di decesso o in caso di invalidità totale e permanente dell'aderente può essere attivata e rinnovata unicamente nella Fase di Accumulo del Fondo Pensione.

Art. 7 – Prestazione assicurata

Durante il periodo di validità della copertura assicurativa e ferme le esclusioni ed i periodi di carenza di cui ai successivi artt. 12 e 13, è previsto il pagamento:

- ai Beneficiari designati, di un importo pari al capitale assicurato nel caso in cui si verifichi il decesso dell'aderente per qualunque causa;

oppure

- all'aderente, di un importo pari al 100% del capitale assicurato previsto dalla copertura in caso di decesso nel caso in cui si verifichi l'invalidità totale e permanente dell'aderente stesso.

Resta inteso che il pagamento di una prestazione estingue automaticamente l'altra.

Il capitale assicurato iniziale è determinato in funzione dell'età anagrafica dell'aderente alla data di decorrenza della copertura assicurativa e dell'importo del premio annuo scelto al momento dell'attivazione, così come riportato alla successiva Tabella A.

Il capitale assicurato da liquidare in caso di decesso o di invalidità totale e permanente è quello determinato in funzione dell'età anagrafica dell'aderente al momento dell'evento (data di decesso o riconoscimento dello stato di invalidità totale e permanente) e dell'importo del premio annuo scelto, così come riportato alla successiva Tabella A.

La prestazione assicurata (capitale assicurato) può essere richiesta a condizione che l'aderente abbia provveduto al pagamento del premio.

Qualora al termine della copertura assicurativa non si sia verificato nessuno dei due eventi sopra riportati (decesso o invalidità totale e permanente) non è prevista alcuna prestazione per gli aventi diritto ed i premi pagati restano acquisiti da Helvetia Vita S.p.A..

Art. 8 – 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'aderente purché proficua e remunerabile, sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66% e che sia stato risolto il rapporto di lavoro come conseguenza diretta dello stato di invalidità.

L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'aderente.

Art. 9 – Dichiarazioni dell'aderente

Le dichiarazioni dell'aderente devono essere veritiere, esatte e complete, diversamente l'impresa di assicurazione potrebbe sottovalutare il rischio che non avrebbe accettato alle medesime condizioni o che avrebbe rifiutato.

In caso di dichiarazioni inesatte o incomplete, l'impresa di assicurazione può valutare se la verità sia stata alterata o taciuta per malafede, colpa grave o negligenza, applicando le conseguenti disposizioni di Legge (Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice civile).

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'aderente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurata, nonché la cessazione della copertura assicurativa.

In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'aderente comporta la rettifica della prestazione assicurata in base all'età reale.

Laddove nel corso della durata contrattuale l'aderente trasferisca la propria residenza in un altro Stato membro dell'Unione Europea, l'aderente stesso è tenuto a darne comunicazione all'impresa di assicurazione tempestivamente e comunque entro il termine di 30 giorni dall'avvenuto trasferimento. Quanto sopra al fine di consentire alla stessa di effettuare gli adempimenti relativi all'applicazione delle imposte indirette e degli oneri parafiscali gravanti sui premi eventualmente previsti in altri stati dell'Unione Europea.

Resta inteso che, nel caso in cui l'aderente non effettui la suddetta comunicazione nei termini sopra riportati, sarà tenuto a rimborsare all'impresa di assicurazione quanto la stessa sia stata eventualmente chiamata a pagare in conseguenza della mancata comunicazione (ad esempio rimborsi dovuti per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza).

In ogni caso, l'aderente è tenuto ad avvisare tempestivamente in relazione ad ogni eventuale cambio della propria residenza.

L'aderente è tenuto ad avvisare tempestivamente l'impresa di assicurazione, laddove nel corso della durata contrattuale si verificano modifiche alle circostanze che ne determinano la classificazione ai fini FATCA (cittadino statunitense o fiscalmente residente negli Stati Uniti) e/o CRS (cittadino avente ulteriore residenza fiscale in uno stato diverso da Italia e/o Stati Uniti).

Art. 10 – Beneficiari

Il Beneficiario della copertura assicurativa in caso di invalidità totale e permanente dell'aderente è l'aderente stesso.

I Beneficiari della copertura assicurativa in caso di decesso sono i medesimi soggetti designati per la prestazione previdenziale in caso di decesso dell'aderente. In mancanza di designazione da parte dell'aderente, si intendono beneficiari gli aventi diritto previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.

Art. 11 – Revoca e Recesso

L'aderente ha diritto di revocare la copertura assicurativa fino a che la copertura assicurativa non è conclusa, dandone comunicazione all'impresa di assicurazione mediante richiesta scritta inviata con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Previdenza, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia).

La richiesta di revoca può essere inviata anche direttamente agli indirizzi mail o e-mail PEC riportati all'interno della Nota Informativa.

L'impresa di assicurazione, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di revoca, rimborsa all'aderente il premio da questi eventualmente corrisposto. La comunicazione di revoca deve essere corredata dalle coordinate bancarie dell'aderente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN dell'aderente).

L'aderente ha inoltre diritto di recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di conclusione della copertura stessa, dandone comunicazione all'impresa di assicurazione mediante richiesta scritta inviata con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Previdenza, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia).

La richiesta di recesso può essere inviata anche direttamente agli indirizzi mail o e-mail PEC riportati all'interno della Nota Informativa.

L'impresa di assicurazione, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa all'aderente il premio da questi eventualmente corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto era in vigore, nonché delle spese sostenute per l'emissione della copertura assicurativa. La comunicazione di recesso deve essere corredata dalle coordinate bancarie dell'aderente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN dell'aderente).

Il diritto di recesso libera l'aderente e l'impresa di assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Art. 12 – Esclusioni

Sempreché l'aderente abbia reso dichiarazioni complete, corrette e veritiere e abbia quindi consentito all'impresa di assicurazione di valutare correttamente il rischio che si assume, il rischio di decesso e il rischio di invalidità totale e permanente dell'aderente è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni sotto riportate ed i periodi di carenza di cui al successivo art. 13.

È escluso dalla copertura assicurativa il decesso o l'invalidità totale e permanente causati da:

- dolo dell'aderente o dei beneficiari;
- partecipazione attiva dell'aderente a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'aderente a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
- incidente di volo, se l'aderente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio o tentativo di 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;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'aderente si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

È inoltre escluso dalla copertura assicurativa il decesso o l'invalidità totale e permanente causati da:

- pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate o forze dell'ordine salvo lavoro prettamente amministrativo;
- 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.

Per il solo caso di invalidità totale e permanente dell'aderente, è esclusa dalla copertura assicurativa 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 (si precisa che non saranno invece considerate, ai fini della presente esclusione, le patologie oncologiche da cui l'Aderente sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di decorrenza del contratto. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni);
- infortuni occorsi anteriormente alla data di decorrenza del contratto;
- stati di invalidità preesistenti o in corso di riconoscimento anteriormente alla data di decorrenza del contratto;
- malattie psichiche quali disturbi dell'umore (depressione maggiore o bipolare), disturbi d'ansia (attacchi di panico, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo post traumatico da stress), schizofrenia, psicosi così come i loro seguiti e conseguenze;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'aderente a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazioni chimiche e/o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria.

Nei suddetti casi, ad eccezione del caso di dolo dell'aderente o dei beneficiari per il quale non viene corrisposta alcuna prestazione, l'impresa di assicurazione si impegna a rimborsare agli aventi diritto un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto.

L'impresa di assicurazione inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre l'impresa al manifestarsi o al rischio di:

- violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;
- erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.

Art. 13 – Carenze

Qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'aderente per malattia avvengano entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, non è prevista alcuna prestazione da parte di Helvetia Vita S.p.A..

L'impresa di assicurazione non applicherà entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza delle coperture assicurative la limitazione sopra indicata e pertanto sarà dovuta la prestazione assicurata, qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'aderente siano 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;
- infortunio - intendendosi per tale (fermo quanto disposto dall'Art. 12 – Esclusioni) 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.

La carenza sopra riportata si applica in fase di attivazione delle coperture assicurative, ma non ai rinnovi successivi. Qualora l'aderente dovesse interrompere il rinnovo delle coperture e, successivamente, riattivare le coperture, la carenza sopra descritta si intende di nuovo operante e sarà necessario sottoscrivere nuovamente la Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

Art. 14 – Denuncia e accertamento dell'invalidità totale e permanente

Al manifestarsi della malattia o al verificarsi dell'infortunio che, secondo parere medico, comporti un'invalidità totale e permanente, l'aderente è tenuto a darne comunicazione scritta all'Impresa di assicurazione entro quindici giorni dalla data di insorgenza della malattia o di accadimento dell'infortunio, ovvero dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurata.**

La denuncia – da inviare ai sensi del successivo art. 15 – deve essere corredata da adeguata certificazione medica (copia di esami specialistici, 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 permanente derivante dalla malattia o dall'infortunio.

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

L'aderente è tenuto a rispettare i seguenti obblighi:

- consentire all'impresa di assicurazione tutte le indagini e visite mediche necessarie ad accertare lo stato di invalidità;
- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento dello stato di invalidità;
- fornire tutte le prove necessarie per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno prodotto l'invalidità.

L'impresa di assicurazione si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità totale e permanente con i medici di sua fiducia e renderà nota la propria decisione sul riconoscimento dell'invalidità e la comunicherà all'aderente entro il termine massimo di 180 giorni dalla data di ricevimento della denuncia.

In caso di controversia sulla natura della malattia o dell'infortunio, sulle conseguenze degli stessi o sul grado dell'invalidità permanente, l'impresa di assicurazione e l'aderente possono risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto.

Resta inteso che l'arbitrato si svolgerà nella località in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino all'aderente.

Fino a quando lo stato di invalidità totale permanente non sia stato accertato, l'aderente è tenuto al pagamento del premio annuo.

Una volta accertato lo stato di invalidità, l'impresa di assicurazione si impegna a restituire all'aderente un importo pari ai premi pagati successivamente alla data della denuncia, al netto delle imposte.

Art. 15 – Pagamenti dell'impresa di assicurazione

La richiesta di liquidazione da parte degli aventi diritto deve essere effettuata in forma scritta (anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo) consegnata allo sportello bancario di riferimento o inviata direttamente alla impresa di assicurazione al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Previdenza, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano, a mezzo lettera raccomandata A/R, corredata dai documenti di seguito riportati.

La richiesta può essere inviata anche tramite mail o e-mail PEC agli indirizzi riportati all'interno della Nota Informativa.

Si precisa che il suddetto modulo viene messo a disposizione da parte dell'impresa di assicurazione al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

I documenti da presentare **per la liquidazione del capitale assicurato in caso di decesso sono:**

- denuncia di sinistro, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'aderente;
- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto in caso di decesso (Reg. UE 679/2016);
- dati anagrafici fiscali degli aventi diritto e loro coordinate bancarie per le operazioni di accredito (nome, cognome, codice fiscale, Banca e coordinate bancarie - codice IBAN - di ciascun avente diritto);
- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale di ciascun avente diritto;
- certificato di decesso dell'aderente (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emesso dall'ASL;
- documentazione attestante la designazione dei Beneficiari quale:
 - **in caso di designazione effettuata facendo riferimento alla qualità di eredi legittimi o testamentari**, atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicato:
 - se l'aderente ha lasciato o meno testamento. In caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve riportarne gli estremi precisando che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
 - quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire.
 - **in caso di designazione effettuata con riferimento a un soggetto specificamente individuato:**
 - se è presente un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità, quali sono i Beneficiari e che il Beneficiario ha effettuato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni relative al testamento o ai testamenti, che oltre ai Beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari. Nella dichiarazione sostitutiva è necessario inoltre indicare quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
 - se non è presente un testamento:
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità, che il Beneficiario ha effettuato ogni tentativo ed ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie, nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come Beneficiari. Nella dichiarazione sostitutiva è necessario inoltre indicare quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
- qualora gli aventi diritto risultino minorenni o incapaci, Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al Legale Rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'impresa di assicurazione da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;

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

I documenti da presentare **in caso di insorgenza dell'invalidità totale e permanente dell'aderente** devono essere:

- denuncia, da inviare entro 15 giorni dalla data in cui si è verificata l'invalidità totale e permanente dell'aderente o entro la data dalla quale se ne è venuti a conoscenza (ai sensi dell'art. 14);
- copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento di identità dell'aderente;
- coordinate bancarie dell'aderente per le operazioni di accredito (nome, cognome, codice fiscale, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN).
- documentazione medica ai fini dell'accertamento dell'invalidità totale e permanente, quale prevista al precedente art. 14.

L'impresa di assicurazione potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

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

Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Verificata la sussistenza dell'obbligo al pagamento della prestazione in caso di decesso dell'aderente, l'impresa di assicurazione esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione sopra riportata (ovvero alla data di ricevimento presso la filiale interessata, se anteriore).

Per quanto riguarda la prestazione in caso di invalidità totale e permanente, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento l'impresa di assicurazione provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro un termine di 30 giorni dalla data di accertamento dell'invalidità totale e permanente a condizione che l'impresa di assicurazione (o la filiale interessata) abbia ricevuto la richiesta completa di tutta la documentazione sopra indicata.

Decorso il termine sopra riportato 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 l'impresa di assicurazione o la filiale è entrata in possesso della documentazione completa e ha concordato l'accertamento dell'invalidità totale e permanente (nel caso della copertura ITP).

Si ricorda che il Codice Civile (Art. 2952) dispone che **i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda** (prescrizione). Qualora i Beneficiari non richiedano gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 16 – Non pignorabilità e non sequestrabilità

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

Sono salve, rispetto ai premi pagati, 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).

Art. 17 – Tasse e imposte

Le eventuali tasse ed imposte relative alla copertura assicurativa sono a carico dell'aderente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Art. 18 – Legge applicabile e valuta

Alla copertura assicurativa si applica la legge italiana.

Gli impegni contrattuali, premi e prestazioni assicurate, sono regolati in Euro.

Art. 19 – Foro Competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi è tenuto inizialmente ad attivare il procedimento di mediazione previsto dalla Legge 09/08/2013, n. 98 e s.m.i. presso un Organismo di Mediazione iscritto in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia stessa.

Solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui alla sopra citata Legge, sarà possibile rivolgersi all'Autorità Giudiziaria competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio dell'aderente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.

In ogni caso, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è anche possibile ricorrere al procedimento di negoziazione assistita prevista ai sensi del D. L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014, invitando l'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione tramite il proprio legale.

Si ricorda che in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

Tramite il sito dell'impresa di assicurazione (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione delle suddette procedure.

TABELLA A – TABELLA RIASSUNTIVA DEI CAPITALI ASSICURATI PER ETA' E PREMIO

Il capitale assicurato iniziale è determinato in funzione dell'età dell'aderente alla data di decorrenza della copertura assicurativa e dell'importo del premio annuo selezionato. Ad ogni rinnovo annuale il capitale assicurato di riferimento deve intendersi quello riferito all'età anagrafica dell'aderente alla data del rinnovo a parità di premio annuo selezionato.

Il capitale assicurato in caso di liquidazione del sinistro è quello riferito all'età dell'aderente alla data del decesso/accertamento dell'invalidità totale e permanente e dell'importo del premio annuo selezionato.

Età anagrafica dell'aderente	Premio 150 € annuo	Premio 200 € annuo
	Capitale Assicurato	Capitale Assicurato
18	181.700	242.300
19	178.100	237.500
20	175.800	234.400
21	174.100	232.200
22	172.500	230.000
23	172.100	229.400
24	171.000	228.100
25	171.600	228.800
26	171.600	228.800
27	171.300	228.400
28	171.500	228.700
29	171.800	229.100
30	170.400	227.300
31	170.100	226.900
32	167.900	223.800
33	164.800	219.700
34	155.200	207.000
35	139.800	186.400
36	133.100	177.500
37	127.500	170.000
38	119.200	159.000
39	110.000	146.700
40	99.900	133.300
41	92.100	122.800
42	84.500	112.700
43	77.300	103.100
44	70.700	94.300
45	60.900	81.200
46	55.900	74.500
47	50.400	67.200
48	46.400	61.900
49	42.400	56.500
50	38.300	51.100
51	35.100	46.900
52	32.000	42.700
53	28.400	37.900
54	26.200	34.900
55	23.000	30.700
56	21.200	28.200
57	19.000	25.400
58	17.400	23.200
59	15.600	20.800
60	14.200	18.900
61	13.000	17.400
62	11.900	15.900
63	11.000	14.700
64	10.100	13.400
65	9.100	12.100
66	8.200	11.000
67	7.400	9.900
68	6.700	8.900
69	6.100	8.100

N.B. La copertura è attivabile esclusivamente da aderenti lavoratori che abbiano al momento della prima attivazione massimo 65 anni (anagrafici) e può essere rinnovata fino all'età massima di 70 anni (anagrafici) a condizione che permanga lo stato di lavoratore dell'aderente.

2. COPERTURA IN CASO DI DECESSO E IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (LTC) DELL'ADERENTE

Art. 1 – Oggetto della copertura

Con la presente copertura assicurativa l'impresa di assicurazione si impegna a corrispondere:

- ai Beneficiari designati, un importo pari al capitale assicurato nel caso in cui si verifichi il decesso dell'aderente (Assicurato) durante il periodo di validità della copertura;
- e
- all'aderente una rendita vitalizia mensile costante nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza dell'aderente stesso durante il periodo di validità della copertura.

Si tratta di un'assicurazione sulla vita di durata monoannuale e ad attivazione facoltativa, riservata esclusivamente agli iscritti al Fondo Pensione Aperto Soluzione Previdente, di età compresa tra i 18 e i 65 anni anagrafici al momento dell'attivazione.

Alla scadenza della copertura assicurativa, l'età dell'aderente non deve comunque superare l'età pensionabile e in ogni caso non può essere superiore ai 70 anni (anagrafici).

Le prestazioni assicurate (capitale assicurato e rendita vitalizia mensile) non sono in alcun modo collegate al valore della posizione assicurativa presente nel Fondo Pensione, bensì si tratta di prestazioni aggiuntive e indipendenti.

Art. 2 – Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'impresa di assicurazione avviene al momento della richiesta di attivazione della copertura da parte dell'aderente.

L'aderente può attivare la copertura assicurativa contestualmente all'adesione al Fondo oppure, in un momento successivo, mediante sottoscrizione di apposito modulo.

In entrambi i casi l'aderente deve inoltre sottoscrivere una Dichiarazione di Buono Stato di Salute prevista per la valutazione del suo stato di salute. Qualora l'aderente sia impossibilitato a sottoscrivere tale dichiarazione, il rischio si intende rifiutato da parte dell'impresa di assicurazione e non sarà possibile attivare la copertura assicurativa.

Si richiama la necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel modulo di adesione (o nel modulo di attivazione delle prestazioni accessorie) relative alla Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'aderente per la definizione del rischio siano veritiere, esatte e complete per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni dell'impresa di assicurazione che potrebbero anche pregiudicare il diritto degli aventi diritto di ottenere il pagamento della prestazione assicurata.

L'aderente che abbia chiesto e ottenuto la disdetta al rinnovo della copertura assicurativa ai sensi del successivo art. 6 e, successivamente, desideri riattivarla dovrà farne espressa richiesta al Fondo Pensione Aperto e sottoscrivere nuovamente la Dichiarazione di Buono Stato di Salute per permettere all'impresa di assicurazione di effettuare le proprie valutazioni.

Art. 3 – Premio

Le prestazioni assicurate sono garantite a fronte della corresponsione di un premio annuo di importo fisso e non modificabile, prescelto dall'aderente tra quelli di seguito riportati:

- 150 Euro;
- 200 Euro.

Il premio prescelto dall'aderente è unico e valido per entrambe le coperture. Per coloro che aderiscono in corso d'anno, l'importo del premio sarà determinato riducendo in misura proporzionale alla durata delle coperture, il premio corrispondente alla durata di 1 anno.

Art. 4 – Pagamento del premio

Il pagamento del primo premio deve essere effettuato dall'aderente esclusivamente tramite bonifico bancario direttamente a favore del Fondo Pensione sul conto corrente bancario indicato all'interno del Modulo di adesione (o nel modulo di attivazione delle prestazioni accessorie).

Il pagamento dei premi successivi al primo deve essere effettuato dall'aderente mediante addebito dell'importo pattuito sul conto corrente acceso presso la Banca distributrice e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca su apposito conto corrente intestato al Fondo Pensione e riportato nel Modulo di adesione (o nel

modulo di attivazione delle prestazioni accessorie).

In caso di cessazione del rapporto dell'aderente con la Banca presso cui è stata effettuata l'adesione al Fondo Pensione o laddove non sia possibile attivare l'addebito automatico in conto, i versamenti successivi al primo potranno essere versati tramite bonifico bancario - direttamente a favore del Fondo Pensione - sul conto corrente utilizzato per il versamento del primo premio o, laddove variato, sul conto corrente che sarà comunicato dal Fondo Pensione Aperto.

Le spese relative ai mezzi di pagamento gravano direttamente sugli aderenti.

Art. 5 – Durata e decorrenza della copertura assicurativa

La copertura assicurativa ha durata monoannuale e si rinnova automaticamente il 1° gennaio di ogni anno.

La copertura si intende conclusa nel momento in cui l'aderente ha provveduto a sottoscrivere la richiesta di attivazione della copertura ed ha effettuato il pagamento del primo premio annuale.

In fase di prima attivazione e previo consenso dell'impresa di assicurazione la copertura ha decorrenza dalle:

- ore 24.00 del 1° giorno lavorativo del mese successivo a quello di richiesta di attivazione, se la richiesta di attivazione è pervenuta al Fondo Pensione Aperto entro il 15 del mese ed il pagamento del primo premio è avvenuto con valuta entro il 5° giorno lavorativo precedente la fine del mese nel quale è pervenuta la richiesta di attivazione;
- ore 24.00 del 1° giorno lavorativo del secondo mese successivo a quello di richiesta di attivazione, se la richiesta di attivazione è pervenuta al Fondo Pensione Aperto dopo il 15 del mese ed il pagamento del primo premio è avvenuto con valuta entro il 5° giorno lavorativo precedente la fine del mese successivo a quello di pervenimento della richiesta di attivazione.

Esempio 1:

Richiesta di attivazione: 10/11/2022

Data valuta pagamento premio: 22/11/2022

Decorrenza della copertura: 01/12/2022

Esempio 2:

Richiesta di attivazione: 28/11/2022

Data valuta pagamento premio: 15/12/2022

Decorrenza della copertura: 01/01/2023

Per gli anni successivi la copertura avrà validità dall'1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno solare, previo pagamento del relativo premio a norma di quanto previsto al successivo art. 6.

Art. 6 – Rinnovo e disdetta delle coperture assicurative

La copertura assicurativa si rinnova tacitamente alle ore 24.00 del 1° gennaio di ogni anno fino al raggiungimento dell'età massima prevista.

Resta ferma la possibilità per l'aderente di dare disdetta al rinnovo mediante invio di lettera raccomandata A/R al Fondo o invio di e-mail o e-mail PEC agli indirizzi riportati nella Nota Informativa. Se la richiesta di disdetta perviene:

- entro e non oltre il 15 novembre dell'anno in corso, la disdetta è valida per il rinnovo immediatamente successivo;
- dal 16 novembre al 31 dicembre dell'anno in corso, la disdetta è valida per il rinnovo del secondo anno successivo.

Esempio 1: Richiesta di disdetta arrivata il 15/11/2022: le coperture non saranno rinnovate per il 2023.

Esempio 2: Richiesta di disdetta arrivata il 03/12/2022: le coperture saranno rinnovate per il 2023 e non saranno rinnovate per il 2024.

In caso di disdetta effettuata nel corso dell'anno o in caso di uscita dal Fondo Pensione nel corso dell'anno la copertura in caso di decesso e in caso di non autosufficienza resterà in ogni caso attiva fino al 31 dicembre dello stesso anno.

La copertura in caso di decesso e in caso di non autosufficienza dell'aderente può essere attivata e rinnovata unicamente nella Fase di Accumulo del Fondo Pensione.

Art.7 – Prestazioni assicurate

Durante il periodo di validità della copertura assicurativa e ferme le esclusioni ed i periodi di carenza di cui ai successivi artt. 12 e 13, è previsto il pagamento:

- ai Beneficiari designati, di un importo pari al capitale assicurato nel caso in cui si verifichi il decesso dell'aderente per qualunque causa;
- e
- all'aderente di una rendita vitalizia mensile costante nel caso in cui l'aderente sia riconosciuto non autosufficiente nel compimento di almeno 4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana.

Il capitale assicurato iniziale e la rendita assicurata iniziale sono determinati in funzione dell'età anagrafica dell'aderente alla data di decorrenza della copertura e dell'importo del premio annuo scelto al momento dell'attivazione, così come riportato alla successiva Tabella B.

Il capitale assicurato da liquidare in caso di decesso è quello determinato in funzione dell'età anagrafica dell'aderente alla data di decesso e dell'importo del premio annuo scelto, così come riportato alla successiva Tabella B.

La rendita assicurata da liquidare in caso di non autosufficienza è quella determinata in funzione dell'età anagrafica dell'aderente alla data di riconoscimento della non autosufficienza e dell'importo del premio annuo scelto, così come riportato alla successiva Tabella B.

Le prestazioni assicurate possono essere richieste a condizione che l'aderente abbia provveduto al pagamento del premio.

Se l'aderente decede durante il periodo di erogazione della rendita dovuta in caso di non autosufficienza, il pagamento della rendita si interrompe e l'impresa di assicurazione si impegna a corrispondere, ai Beneficiari designati, il capitale assicurato di importo pari a quello relativo all'età dell'aderente alla data di decesso e al premio annuo prescelto, come riportato nella Tabella B.

Laddove all'aderente venga riconosciuta la non autosufficienza, perché rimanga in vigore anche la copertura in caso di decesso è necessario che l'aderente continui a versare la quota parte di premio relativo a tale copertura, il cui importo verrà comunicato dall'impresa di assicurazione.

Qualora al termine della copertura assicurativa non si sia verificato nessuno dei due eventi sopra riportati (decesso o perdita di autosufficienza) non è prevista alcuna prestazione per gli aventi diritto ed i premi pagati restano acquisiti da Helvetia Vita S.p.A..

Art. 8 – Definizione dello stato di non autosufficienza

Si definisce non autosufficiente l'aderente il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia, in modo permanente e presumibilmente irreversibile almeno **4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana** (ADL: Activity of Daily Living) tra quelli di seguito elencati:

1. **Lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. **Vestirsi e Svestirsi:** la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento da soli, inclusa la biancheria intima ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Andare al bagno ed usarlo:** la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio, lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc.);
4. **Spostarsi:** la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
5. **Continenza:** la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare;
6. **Alimentarsi:** la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta all'impresa di assicurazione che lo effettua sulla base di quanto riportato ai successivi Artt. 15 "Accertamento dello stato di non autosufficienza dell'aderente" e 17 "Pagamenti dall'impresa di assicurazione".

Art. 9 – Dichiarazioni dell'aderente

Le dichiarazioni dell'aderente devono essere veritiere, esatte e complete, diversamente l'impresa di assicurazione potrebbe sottovalutare il rischio che non avrebbe accettato alle medesime condizioni o che avrebbe rifiutato.

In caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte o incomplete, l'impresa di assicurazione può valutare se la verità sia stata alterata o taciuta per malafede, colpa grave o negligenza, applicando le conseguenti disposizioni di Legge (Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice civile).

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'aderente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione della copertura assicurativa.

In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'aderente comporta la rettifica delle prestazioni assicurate in base all'età reale.

Laddove nel corso della durata contrattuale l'aderente trasferisca la propria residenza in un altro Stato membro dell'Unione Europea, l'aderente stesso è tenuto a darne comunicazione all'impresa di assicurazione tempestivamente e comunque entro il termine di 30 giorni dall'avvenuto trasferimento. Quanto sopra al fine di consentire all'impresa di assicurazione di effettuare gli adempimenti relativi all'applicazione delle imposte indirette e degli oneri parafiscali gravanti sui premi eventualmente previsti in altri stati dell'Unione Europea.

Resta inteso che, nel caso in cui l'aderente non effettui la suddetta comunicazione nei termini sopra riportati, sarà tenuto a rimborsare all'impresa di assicurazione quanto la stessa sia stata eventualmente chiamata a pagare in conseguenza della mancata comunicazione (ad esempio rimborsi dovuti per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza).

In ogni caso, l'aderente è tenuto ad avvisare tempestivamente l'impresa di assicurazione in relazione ad ogni eventuale cambio della propria residenza.

L'aderente è tenuto ad avvisare tempestivamente l'impresa di assicurazione, laddove nel corso della durata contrattuale si verificano modifiche alle circostanze che ne determinano la classificazione ai fini FATCA (cittadino statunitense o fiscalmente residente negli Stati Uniti) e/o CRS (cittadino avente ulteriore residenza fiscale in uno stato diverso da Italia e/o Stati Uniti).

Art. 10 – Beneficiari

Il Beneficiario della copertura in caso di perdita di autosufficienza dell'aderente è l'aderente stesso.

I Beneficiari della copertura in caso di decesso dell'aderente sono i medesimi soggetti designati per la prestazione previdenziale in caso di decesso dell'aderente. In mancanza di designazione da parte dell'aderente, si intendono beneficiari gli aventi diritto previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.

Art. 11 – Revoca e Recesso

L'aderente ha diritto di revocare la copertura assicurativa fino a che la copertura assicurativa non è conclusa, dandone comunicazione all'impresa di assicurazione mediante richiesta scritta inviata con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Previdenza, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia).

La richiesta di revoca può essere inviata anche direttamente agli indirizzi mail o e-mail PEC riportati all'interno della Nota Informativa.

L'impresa di assicurazione, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di revoca, rimborsa all'aderente il premio da questi eventualmente corrisposto. La comunicazione di revoca deve essere corredata dalle coordinate bancarie dell'aderente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN dell'aderente).

L'aderente ha inoltre diritto di recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di conclusione della stessa, dandone comunicazione all'impresa di assicurazione mediante richiesta scritta inviata con lettera raccomandata A/R indirizzata a: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Previdenza, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano (Italia).

La richiesta di recesso può essere inviata anche direttamente agli indirizzi mail o e-mail PEC riportati all'interno della Nota Informativa.

L'impresa di assicurazione, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa all'aderente il premio da questi eventualmente corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto era in vigore, nonché delle spese sostenute per l'emissione della copertura assicurativa. La comunicazione di recesso deve essere corredata dalle coordinate bancarie dell'aderente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN dell'aderente).

Il diritto di recesso libera l'aderente e l'impresa di assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Art. 12 – Esclusioni

Sempreché l'aderente abbia reso dichiarazioni complete, corrette e veritiere e abbia quindi consentito all'impresa di assicurazione di valutare correttamente il rischio che si assume, il rischio di decesso e il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti elementare della vita quotidiana sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni sotto riportate ed i periodi di carenza di cui al successivo art. 13.

È escluso dalla copertura assicurativa il decesso o la non autosufficienza causati da:

- dolo dell'aderente o dei beneficiari;
- partecipazione attiva dell'aderente a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'aderente a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
- incidente di volo, se l'aderente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio o tentativo di 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;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresecuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'aderente si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

È inoltre escluso dalla copertura assicurativa il decesso o la non autosufficienza causati da:

- pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate o forze dell'ordine salvo lavoro prettamente amministrativo;
- 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;

Per il solo caso di perdita di autosufficienza dell'aderente, è esclusa dalla copertura assicurativa la non autosufficienza derivante direttamente o indirettamente da:

- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'aderente a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazioni chimiche e/o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.)

Nei suddetti casi, ad eccezione del caso di dolo dell'aderente o dei beneficiari per il quale non viene corrisposta alcuna prestazione, l'impresa di assicurazione si impegna a rimborsare agli aventi diritto un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto.

L'impresa di assicurazione inoltre non fornisce alcuna copertura o altra prestazione nella misura in cui la copertura o la prestazione stessa possano esporre l'impresa al manifestarsi o al rischio di:

- violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;
- erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.

Art. 13 – Carenze

Qualora il decesso dell'aderente per malattia avvenga entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza della

copertura assicurativa, non è prevista alcuna prestazione da parte di Helvetia Vita S.p.A..

L'Impresa di assicurazione non applicherà entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza della copertura assicurativa la limitazione sopra indicata e pertanto sarà dovuta la prestazione assicurata, 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;
- infortunio - intendendosi per tale (fermo quanto disposto dall'Art. 12 – Esclusioni) 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.

Per il caso di non autosufficienza dell'aderente, l'**efficacia della copertura assicurativa risulterà limitata per:**

1. **18 mesi dalla data di decorrenza** in caso di non autosufficienza causata da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (Ad esempio Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla);
2. **6 mesi dalla data di decorrenza** in caso di non autosufficienza causata da malattie diverse da quelle di cui al punto 1.

Nel caso in cui la non autosufficienza avvenga durante uno dei periodi di carenza sopra riportati, non verrà erogata alcuna prestazione assicurata (rendita assicurata).

I periodi di carenza di cui sopra, invece, non si applicano e pertanto la prestazione assicurata dovuta sarà pari alla rendita assicurata, qualora lo stato di non autosufficienza sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio **avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura.**

Per infortunio deve intendersi l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la non autosufficienza dell'aderente determinata ai sensi di quanto previsto al precedente Art. 8 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

Le carenze sopra riportate si applicano in fase di attivazione delle coperture assicurative, ma non ai rinnovi successivi.

Qualora l'aderente dovesse interrompere il rinnovo delle coperture e, successivamente, riattivare le coperture, la carenza sopra descritta si intende di nuovo operante e sarà necessario sottoscrivere nuovamente la Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

Art. 14 – Soggetti non assicurabili per la copertura assicurativa in caso di perdita di autosufficienza dell'aderente

Non è assicurabile la persona fisica che:

- alla data di sottoscrizione della copertura sia già beneficiaria di una rendita di invalidità o inabilità al lavoro (sia privata che pubblica) e/o sia invalida civile con una percentuale di invalidità superiore al 50%;
- sia già in stato di non autosufficienza al momento della sottoscrizione copertura assicurativa, o abbia fatto richiesta di riconoscimento di tale stato.

Art. 15 – Accertamento dello stato di non autosufficienza dell'aderente

L'accertamento della non autosufficienza spetta all'impresa di assicurazione che, al fine di effettuare le verifiche necessarie potrà chiedere all'aderente di:

1. sottoporsi ad eventuali accertamenti sanitari e/o visite mediche disposte dall'impresa di assicurazione;
2. fornire all'impresa di assicurazione tutte le informazioni/documentazioni necessarie alla valutazione dello stato di non autosufficienza e delle relative cause.

L'impresa di assicurazione potrà chiedere ulteriore documentazione rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche ed in ogni caso necessarie ai fini dell'accertamento dello stato di non autosufficienza.

A partire dalla data di denuncia, di cui al successivo art. 17, decorre il periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza da parte dell'impresa di assicurazione, fissato in un **massimo di 90 giorni.**

Terminati i controlli medici e l'analisi della documentazione, l'impresa di assicurazione comunicherà per iscritto all'aderente il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

Fino a quando lo stato di non autosufficienza non sia stato accertato, l'aderente è tenuto al pagamento del premio scelto in fase di attivazione della copertura assicurativa.

Laddove venga riconosciuta la non autosufficienza dell'aderente, l'impresa di assicurazione si impegna a liquidare la prima rata di rendita mensile **entro 30 giorni** dalla comunicazione di cui sopra, **a condizione che l'aderente sia in vita e che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza.**

Unitamente alla prima rata di rendita mensile costante saranno corrisposte anche:

- le rate di rendita pregresse dovute a partire dalla data di denuncia;
- un importo pari ai premi pagati nel periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza.

Per maggiori dettagli relativi al pagamento dell'impresa di assicurazione si rimanda al successivo Art. 17 "Pagamenti dell'impresa di assicurazione".

In caso di controversie sull'esito dell'accertamento l'aderente può ricorrere ad un Collegio Arbitrale con le modalità riportate al successivo Art. 21 "Collegio Arbitrale".

In caso di decesso dell'aderente, avvenuto nel periodo di accertamento della non autosufficienza o in corso di erogazione della rendita assicurata, l'impresa di assicurazione non liquiderà la rendita assicurata ovvero interromperà il pagamento della stessa e provvederà a liquidare, ai Beneficiari designati, il capitale assicurato in caso di decesso di importo pari a quello riportato alla Tabella B preso in corrispondenza dell'età dell'aderente a tale data e dell'importo del premio annuo prescelto.

In ogni caso, nel corso dell'erogazione della rendita vitalizia mensile l'impresa di assicurazione si riserva, a proprio totale carico, il diritto di far esaminare in ogni momento l'aderente non autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non autosufficienza (come, ad esempio, una dichiarazione di esistenza in vita dell'aderente). In caso di rifiuto da parte dell'aderente, il pagamento della rendita assicurata verrà immediatamente sospesa fino all'avvenuto accertamento.

Art. 16 – Modifica dello stato di non autosufficienza dell'aderente

L'aderente è tenuto a comunicare all'impresa di assicurazione – entro 60 giorni da quando ne sia venuta a conoscenza – a mezzo di lettera raccomandata A/R o invio di e-mail o e-mail PEC agli indirizzi riportati nella Nota Informativa., il recupero dello stato di autosufficienza.

In tale caso il pagamento della rendita verrà interrotto con effetto dalla prima scadenza di rata immediatamente successiva alla data di accertamento e l'eventuale nuova attivazione della copertura dovrà essere esplicitamente accordata dall'impresa di assicurazione.

In ogni caso l'aderente, ovvero gli aventi diritto dell'aderente, sono tenuti a comunicare all'impresa di assicurazione – entro 60 giorni da quando ne siano venuti a conoscenza – a mezzo di lettera raccomandata A/R invio di e-mail o e-mail PEC agli indirizzi riportati nella Nota Informativa – il decesso dell'aderente stesso. In tal caso il pagamento della rendita verrà interrotto e l'impresa di assicurazione provvederà a liquidare, ai Beneficiari designati, il capitale assicurato in caso di decesso di importo pari a quello riportato alla Tabella B preso in corrispondenza dell'età dell'aderente alla data di decesso e dell'importo del premio annuo prescelto. Laddove la denuncia di cui sopra sia arrivata in ritardo rispetto all'effettiva data di decesso dell'aderente, l'impresa di assicurazione si riserva di chiedere la restituzione delle rate di rendita pagate e non dovute.

Art. 17 – Pagamenti dall'impresa di assicurazione

La richiesta di liquidazione da parte degli aventi diritto deve essere effettuata in forma scritta (anche mediante l'utilizzo dell'apposito modulo) consegnata allo sportello bancario di riferimento o inviata direttamente all'impresa di assicurazione al seguente indirizzo: Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Previdenza, Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano, a mezzo lettera raccomandata A/R, corredata dai documenti di seguito riportati.

La richiesta può essere inviata anche tramite mail o e-mail PEC agli indirizzi riportati all'interno della Nota Informativa.

Si precisa che il suddetto modulo viene messo a disposizione da parte dell'impresa di assicurazione al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

I documenti da presentare **per la liquidazione del capitale assicurato in caso di decesso** sono:

- denuncia di sinistro, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'aderente;
- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto in caso di decesso (Reg. UE 679/2016);
- dati anagrafico fiscali degli aventi diritto e loro coordinate bancarie per le operazioni di accredito (nome, cognome, codice fiscale, Banca e coordinate bancarie - codice IBAN - di ciascun avente diritto). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale da ciascun avente diritto;
- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale di ciascun avente diritto;
- certificato di decesso dell'aderente (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emesso dall'ASL;
- documentazione attestante la designazione dei Beneficiari quale:
 - **in caso di designazione effettuata facendo riferimento alla qualità di eredi legittimi o testamentari**, atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicato:
 - se l'aderente ha lasciato o meno testamento. In caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve riportarne gli estremi precisando che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
 - quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire.
 - **in caso di designazione effettuata con riferimento a un soggetto specificamente individuato:**
 - se è presente un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità, quali sono i Beneficiari e che il Beneficiario ha effettuato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni relative al testamento o ai testamenti, che oltre ai Beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari. Nella dichiarazione sostitutiva è necessario inoltre indicare quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
 - se non è presente un testamento:
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità, che il Beneficiario ha effettuato ogni tentativo ed ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie, nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come Beneficiari. Nella dichiarazione sostitutiva è necessario inoltre indicare quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
- qualora gli aventi diritto risultino minorenni o incapaci, Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al Legale Rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dall'impresa di assicurazione da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dall'impresa di assicurazione e, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'aderente;
- copia di un articolo di giornale (se disponibili) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio.

I documenti da presentare **in caso di insorgenza dello stato di non autosufficienza** devono essere:

- denuncia, da inviare al verificarsi della presunta perdita permanente dell'autosufficienza;
- copia del documento attestante la nomina di Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore (decreto del Giudice Tutelare/Atto notarile), laddove previsto;
- relazione del medico curante (medico di famiglia e/o ospedaliero) attestante lo stato di non autosufficienza dell'aderente con indicazione delle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'impresa di assicurazione, per garantire la completezza delle informazioni;
- copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'aderente riportante firma visibile;
- coordinate bancarie dell'aderente per le operazioni di accredito (Banca e codice IBAN);
- documentazione medica, cartelle cliniche e/o accertamenti effettuati dall'aderente utili ad attestare la data di diagnosi della non autosufficienza ed il decorso della patologia o del trauma che la ha causata.

La data di denuncia dello stato di non autosufficienza coincide con la data di pervenimento della documentazione completa di cui sopra, necessaria all'impresa di assicurazione per poter effettuare l'accertamento dello stato di non autosufficienza. A partire da tale data decorre il periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza da parte dell'impresa di assicurazione, di cui al precedente Art. 15 "Accertamento dello stato di non autosufficienza dell'aderente".

L'impresa di assicurazione potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sull'aderente e/o sugli aventi diritto.

Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Verificata la sussistenza dell'obbligo al pagamento della prestazione in caso di decesso dell'aderente, l'impresa di assicurazione esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione sopra riportata (ovvero alla data di ricevimento presso la filiale interessata, se anteriore).

Per quanto riguarda la prestazione in caso di perdita di autosufficienza, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento l'impresa di assicurazione provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro un termine di 30 giorni dalla comunicazione di riconoscimento dello stato di non autosufficienza a condizione che l'impresa di assicurazione (o la filiale interessata) abbia ricevuto la richiesta completa di tutta la documentazione sopra indicata.

Decorso il termine sopra riportato 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 l'impresa di assicurazione o la filiale è entrata in possesso della documentazione completa e ha concordato l'accertamento dello stato di non autosufficienza (nel caso della copertura LTC).

Si ricorda che il Codice Civile (Art. 2952) dispone che i **diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda** (prescrizione). Qualora i Beneficiari non richiedano gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 18 – Modifica delle prestazioni assicurate a seguito di scostamenti delle basi statistiche o deviazioni nell'andamento del portafoglio

Trascorsi cinque anni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, l'impresa di assicurazione può rivedere (ai sensi del Regolamento ISVAP n. 21 del 28 marzo 2008) le basi statistiche utilizzate per la determinazione della rendita vitalizia mensile prevista per la copertura in caso di perdita di autosufficienza dell'aderente.

A seguito della revisione delle suddette basi, l'impresa comunicherà all'aderente il nuovo importo della rendita vitalizia mensile e quest'ultimo avrà la possibilità di scegliere se mantenere attiva la copertura oppure interromperla.

Le eventuali modifiche verranno applicate sia in fase di prima attivazione sia per i rinnovi successivi.

Art. 19 – Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'Art. 1923 del Codice civile, le somme dovute dall'impresa di assicurazione in relazione ai 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).

Art. 20 – Tasse e imposte

Le eventuali tasse ed imposte relative al contratto sono a carico dell'aderente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Art. 21 – Collegio Arbitrale

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione in caso di non autosufficienza, le Parti (impresa di assicurazione e aderente) possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'aderente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Il ricorso al Collegio Arbitrale non pregiudica, in ogni caso, la possibilità per l'aderente di rivolgersi alle competenti Autorità giudiziarie.

Art. 22 – Legge applicabile e Valuta

Alla copertura assicurativa si applica la legge italiana.

Gli impegni contrattuali, premi e prestazioni assicurate, sono regolati in Euro.

Art. 23 – Foro Competente e sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi è tenuto inizialmente ad attivare il procedimento di mediazione previsto dalla Legge 09/08/2013, n. 98 e s.m.i. presso un Organismo di Mediazione iscritto in apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia stessa.

Solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui alla sopra citata Legge, sarà possibile rivolgersi all'Autorità Giudiziaria competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio dell'aderente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.

In ogni caso, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è anche possibile ricorrere al **procedimento di negoziazione assistita** prevista ai sensi del D. L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014, invitando l'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione tramite il proprio legale.

Si ricorda che in relazione alle controversie inerenti alla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

Tramite il sito dell'impresa di assicurazione (www.helvetia.it – Reclami) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione delle suddette procedure.

**TABELLA B – TABELLA RIASSUNTIVA DEI CAPITALI ASSICURATI E DELLE RENDITE ASSICURATE PER
ETA' E PREMIO**

Il capitale assicurato iniziale e la rendita assicurata iniziale sono determinati in funzione dell'età dell'aderente alla data di decorrenza della copertura assicurativa e dell'importo del premio annuo selezionato. Ad ogni rinnovo annuale il capitale assicurato di riferimento e la rendita assicurata di riferimento devono intendersi quelli riferiti all'età anagrafica dell'aderente alla data del rinnovo a parità di premio annuo selezionato.

Il capitale assicurato in caso di liquidazione del sinistro è quello riferito all'età dell'aderente alla data del decesso e dell'importo del premio annuo selezionato. La rendita assicurata in caso di liquidazione del sinistro è quella riferita all'età dell'aderente alla data di riconoscimento della non autosufficienza e dell'importo del premio annuo selezionato.

Età dell'aderente	Premio annuo 150€		Premio annuo 200€	
	Capitale Assicurato	Rendita LTC	Capitale Assicurato	Rendita LTC
18	213.600	1.500	292.200	1.500
19	213.600	1.500	292.200	1.500
20	213.600	1.500	292.200	1.500
21	213.600	1.500	292.200	1.500
22	213.600	1.500	292.200	1.500
23	213.600	1.500	292.200	1.500
24	213.600	1.500	292.200	1.500
25	213.600	1.500	292.200	1.500
26	213.600	1.500	292.200	1.500
27	213.600	1.500	292.200	1.500
28	213.600	1.500	292.200	1.500
29	213.600	1.500	292.200	1.500
30	213.600	1.500	292.200	1.500
31	213.200	1.500	291.900	1.500
32	212.100	1.500	290.800	1.500
33	210.600	1.500	289.200	1.500
34	197.100	1.500	271.300	1.500
35	172.400	1.500	237.800	1.500
36	163.100	1.500	225.600	1.500
37	154.600	1.500	214.500	1.500
38	142.800	1.500	198.800	1.500
39	130.100	1.500	181.800	1.500
40	115.100	1.500	161.800	1.500
41	103.300	1.500	146.000	1.500
42	91.500	1.500	130.600	1.500
43	81.600	1.500	117.300	1.500
44	73.100	1.500	105.900	1.500
45	59.000	1.500	86.600	1.500
46	51.900	1.500	77.300	1.500
47	45.200	1.500	68.100	1.500
48	39.400	1.500	60.500	1.500
49	34.700	1.500	54.100	1.500
50	29.200	1.500	46.600	1.500
51	25.500	1.500	41.600	1.500
52	22.000	1.480	36.400	1.500
53	19.600	1.360	30.700	1.500
54	18.000	1.270	26.800	1.500
55	15.600	1.200	22.200	1.500
56	14.400	1.140	19.600	1.500
57	13.000	1.060	17.300	1.410
58	11.800	1.030	15.800	1.370
59	10.600	970	14.200	1.300
60	9.600	920	12.800	1.230
61	8.800	860	11.800	1.150
62	8.100	790	10.800	1.050
63	7.400	710	9.900	950
64	6.800	660	9.100	880
65	6.200	600	8.300	810
66	5.600	550	7.500	730
67	5.100	490	6.800	650
68	4.600	430	6.100	580
69	4.200	380	5.600	510

N.B. è possibile attivare la copertura per la prima volta fino a 65 anni di età anagrafici ed è possibile rinnovarla fino a 70 anni anagrafici.

Helvetia Vita S.p.A.
Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni
sulla Vita S.p.A.
Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 – Fax 02 537289
PEC: helvetiavita@actaliscertymail.it – www.helvetia.it

Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA,
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia – Capitale Sociale € 47.594.000 i.v. – Società con Socio Unico
N° iscrizione Reg. Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 – R.E.A. n° 1882793
Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Prov. ISVAP n° 1979 del 4/12/2001
(G.U. n° 288 del 12/12/2001)

Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n° d'ordine 031