Previdenza per Te

Fondo Pensione Aperto

Regolamento
indice

Parte I - Identificazione e scopo del Fondo

Art. 1.	Denominazione	3
Art. 2.	Istituzione del Fondo, esercizio dell'attività, sede e recapiti	3
Art. 3.	Scopo	3

Parte II - Caratteristiche del Fondo e modalità di investimento

Art. 4.	Regime del Fondo	3
Art. 5.	Destinatari e tipologia di adesione	3
Art. 6.	Scelte di investimento	4
Art. 7.	Gestione degli investimenti	5
Art. 8.	Spese	7

Parte III - Contribuzione e prestazioni

Art. 9.	Contribuzione	8
Art. 10.	Determinazione della posizione individuale	8
Art. 11.	Prestazioni pensionistiche e RITA	9
Art. 12.	Erogazione delle prestazioni pensionistiche	10
Art. 13.	Trasferimento e riscatto della posizione individuale	10
Art. 14.	Anticipazioni	11
Art. 14 bis.	Prestazioni accessorie	11

Parte IV - Profili organizzativi

Art. 15.	Separatezza patrimoniale amministrativa e contabile	12
Art. 16.	Sistema di Governo	12
Art. 17.	Depositario	13
Art. 18.	Responsabile	13
Art. 19.	Organismo di rappresentanza	13
Art. 20.	Conflitti di interesse	13
Art. 21.	Scritture contabili	13

Parte V - Rapporti con gli aderenti

Art. 22.	Modalità di adesione e clausole risolutive espresse	14
Art. 23.	Trasparenza nei confronti degli aderenti e dei beneficiari	14
Art. 24.	Comunicazioni e reclami	15

Parte VI - Norme finali

Art. 25.	Modifiche del Regolamento	15
Art. 26.	Trasferimento in caso di modifiche peggiorative delle condizioni economiche e di modifiche delle caratteristiche del Fondo	15
Art. 27.	Cessione del Fondo	15

Internal

Art. 28. Operazioni di fusione 15
Art. 29. Rinvio 15

Allegati
Allegato n. 1. Disposizioni in materia di Responsabile 16
Allegato n. 2. Condizioni e modalità di erogazione delle rendite 18
Allegato n. 3. Condizioni delle prestazioni accessorie 24

Regolamento

Parte I - Identificazione e scopo del fondo

Art. 1 - Denominazione

1 Il **"Previdenza per Te - Fondo Pensione Aperto"**, (di seguito "Fondo"), è un fondo pensione aperto istituito ai sensi dell'art. 12 del Decreto lgs. 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 Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A., giusta autorizzazione rilasciata dalla COVIP con provvedimento del 22-07-1998; con il medesimo provvedimento la COVIP ha approvato il Regolamento del Fondo.

2 La società AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.a. (di seguito "impresa di assicurazione") esercita l'attività di gestione del Fondo con effetto dal 08-01-2008, giusta autorizzazione rilasciata dalla COVIP con provvedimento del 21-12-2007.

3 Il Fondo è iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il numero 5.

4 L'attività relativa al Fondo è svolta in Roma, presso la sede dell'impresa di assicurazione.

5 L'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) dell'impresa di assicurazione è axampsvita@legalmail.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 e tipologia di adesione

1 L'adesione al Fondo è consentita in forma individuale in modalità esplicita.

2 E' altresì consentita l'adesione 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.

3 Le adesioni individuali sono precluse a coloro a cui manchi meno di un anno al compimento dell'età pensionabile prevista nel regime obbligatorio di appartenenza.

Art. 6 - Scelte di investimento

1 Il Fondo è articolato nei seguenti comparti, differenziati per profili di rischio - rendimento, in modo tale da assicurare agli aderenti una adeguata possibilità di scelta:
"Comparto Moneta"
"Comparto Stabilità"
"Comparto Mista"
"Comparto Crescita"
"Comparto Garantita". Questo ultimo comparto è destinato al conferimento del TFR degli aderenti taciti che risultano iscritti al Fondo.

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 alla prima riallocazione successiva all'adesione tacita o automatica.

3 All'atto dell'adesione, l'aderente, in alternativa all'investimento in uno o più comparti del Fondo, può aderire, in base all'età di pensionamento prevista, al percorso Life Cycle. Tale percorso prevede la riallocazione automatica e progressiva della posizione individuale e dei versamenti contributivi a scadenze predeterminate, individuate in funzione degli anni rimanenti alla data di pensionamento prevista. Nello specifico, il percorso Life Cycle prevede che la posizione individuale e i relativi versamenti contributivi siano ripartiti in una combinazione di comparti con profilo di rischio progressivamente decrescente, in funzione dell'approssimarsi della data di pensionamento, così come esemplificato nella tabella seguente.

Percorso Life Cycle

Comparti	**Garantita**	-	-	-	10%	40%	50%
	Moneta	-	-	10%	20%	30%	50%
	Stabilità	-	-	20%	60%	30%	-
	Mista	-	30%	60%	10%	-	-
	Crescita	100%	70%	10%	-	-	-

Sopraggiunta l'età di pensionamento, la posizione individuale sarà automaticamente trasferita nel comparto "Garantita" nel quale confluiranno anche i successivi contributi.
La riallocazione della posizione individuale e dei versamenti contributivi, viene realizzata in funzione degli anni rimanenti alla data di pensionamento prevista, dichiarata dall'aderente all'atto dell'adesione. Prima della data prevista per la riallocazione automatica della posizione individuale, l'impresa di assicurazione comunicherà all'aderente la ripartizione tra i comparti in essere al momento del passaggio e la nuova combinazione di comparti prevista dal percorso.
L'aderente, successivamente all'adesione, può modificare la propria scelta di investimento dei contributi, vale a dire può passare dall'investimento in singoli comparti del Fondo all'adesione al percorso Life Cycle e viceversa, nel rispetto del periodo minimo di un anno dall'iscrizione ovvero dall'ultima riallocazione. In tali casi, l'intera posizione individuale e i versamenti contributivi successivi sono suddivisi, all'atto della riallocazione, sulla base delle nuove percentuali fissate dall'aderente ovvero previste dal percorso stesso.

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 d'impresa di assicurazione, essa può affidare a soggetti di cui all'art.6 comma 1, lett. a), b), c), c-bis) del Decreto, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa tempo per tempo vigente, l'esecuzione di specifici incarichi di gestione.

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:

a) "Comparto Moneta"

i) Attua una politica volta a perseguire una struttura di portafoglio composta da titoli di debito (Titoli di Stato, obbligazioni di ogni tipo, sia pubbliche che private, comprese le obbligazioni convertibili e/o con warrants), certificati di deposito, cambiali finanziarie, parti di O.I.C.R. e quote di fondi chiusi, di emittenti sia italiani che esteri. Gli investimenti in titoli di capitale potranno essere presenti nel portafoglio solo se provenienti da conversione di obbligazioni convertibili e/o con warrants.

ii) Gli investimenti in titoli di debito potranno essere presenti nel portafoglio per un valore fino al 100% del patrimonio medesimo. È possibile una componente residuale in azioni (comunque non superiore al 10% del patrimonio del comparto). In ogni caso, il controvalore dei valori mobiliari denominati in valuta estera detenuti dal Fondo non potrà essere superiore al 30% del portafoglio complessivo.

b) "Comparto Stabilità"

i) Attua una politica di investimento orientata verso titoli di debito (Titoli di Stato, obbligazioni di ogni tipo, sia pubbliche che private, comprese le obbligazioni convertibili e con warrants), certificati di deposito, cambiali finanziarie, parti di O.I.C.R., quote di fondi chiusi e, in misura moderata, titoli di capitale, warrants e diritti di opzione, di emittenti sia italiani che esteri.

ii) Gli investimenti in titoli di debito potranno essere presenti nel portafoglio per un valore non superiore al 90% del patrimonio medesimo, i titoli di capitale non potranno eccedere il 40%. In ogni caso, il controvalore dei valori mobiliari denominati in valuta estera detenuti dal Fondo non potrà superare il 30% del portafoglio complessivo.

c) "Comparto Mista"

i) Attua una politica di investimento volta a perseguire una struttura di portafoglio orientata verso una composizione mista, in maniera equilibrata, tra titoli di debito (Titoli di Stato, obbligazioni di ogni tipo, sia pubbliche che private, comprese le obbligazioni convertibili e con warrants), certificati di deposito, cambiali finanziarie, parti di O.I.C.R., quote di fondi chiusi e titoli di capitale, warrants e diritti di opzione, di emittenti sia italiani che esteri.

ii) Gli investimenti in titoli di debito potranno essere presenti nel portafoglio per un valore non superiore al 70% del patrimonio medesimo, i titoli di capitale non potranno eccedere il 70%. In ogni caso, il controvalore dei valori mobiliari denominati in valuta estera detenuti dal Fondo, non potrà essere superiore al 30% del portafoglio complessivo.

d) "Comparto Crescita"

i) Attua una politica d'investimento orientata verso titoli di debito (Titoli di Stato, obbligazioni di ogni tipo, sia pubbliche che private, comprese le obbligazioni convertibili e/o con warrants), certificati di deposito, cambiali finanziarie, parti di O.I.C.R., quote di fondi chiusi e, con maggiore propensione, titoli di capitale, warrants e diritti di opzione, di emittenti sia italiani che esteri.

ii) Gli investimenti in titoli di debito potranno essere presenti nel portafoglio per un valore non superiore al 50% del patrimonio medesimo, i titoli di capitale non potranno eccedere il 90%. In ogni caso, il controvalore dei

valori mobiliari denominati in valuta estera detenuti dal Fondo, non potrà superare il 30% del portafoglio complessivo.

e) "Comparto Garantita"

i) L'impresa di assicurazione si impegna a garantire la restituzione del capitale. In tale comparto viene investito il TFR degli aderenti taciti iscritti al Fondo antecedentemente al 1° luglio 2026.

ii) Attua una politica volta a perseguire una struttura di portafoglio composta da obbligazioni (Titoli di stato, obbligazioni di ogni tipo, sia pubbliche che private, comprese le obbligazioni convertibili e con warrants), certificati di deposito, cambiali finanziarie, parti di OICR, quote di fondi chiusi e, in misura moderata, azioni, warrants e diritti di opzione, di emittenti italiani ed esteri.

iii) Gli investimenti in titoli di debito potranno essere presenti nel portafoglio per un valore fino al 100% del patrimonio medesimo, i titoli di capitale non potranno superare il 15%. In ogni caso, il controvalore dei valori mobiliari denominati in valuta estera, non potrà superare il 30% del portafoglio complessivo.

iv) L'adesione al comparto denominato "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.

v) 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 ed anticipazioni capitalizzati al tasso annuo di interesse composto, nelle percentuali sotto riportate, per il periodo intercorrente fra la data di assegnazione delle quote e il primo giorno di valorizzazione utile successivo al verificarsi di uno degli eventi che danno diritto alla prestazione:

1. per le contribuzioni incassate dal Fondo fino alla data del 1° agosto 2000 il tasso annuo di interesse garantito è pari al 2,625%;
2. per le contribuzioni incassate dal Fondo successivamente alla suddetta data e fino al 29 febbraio 2004 il tasso annuo di interesse garantito è pari al 2,25%;
3. per le contribuzioni incassate dal Fondo successivamente alla data del 29 febbraio 2004 e fino alla data del 31 maggio 2006 il tasso annuo di interesse garantito è pari all'1,25%;
4. per le contribuzioni incassate dal Fondo successivamente alla data del 31 maggio 2006 e fino alla data del 14 luglio 2016 il tasso annuo di interesse garantito è pari all'1,75%;
5. per le contribuzioni incassate dal Fondo successivamente alla data del 14 luglio 2016 il tasso annuo di interesse garantito è pari allo 0,00%.

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

vii) 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 48 mesi;

viii) In tali casi, qualora l'importo minimo garantito risulti superiore alla posizione individuale maturata, calcolata ai sensi dell'art. 10, 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 ed i criteri riportati nel Regolamento, sono descritti nella Nota Informativa. La Nota Informativa descrive, inoltre, le caratteristiche del profilo life cycle.

Art. 8 - Spese

1 L'iscrizione al Fondo prevede le seguenti spese:

a) **spese da sostenere all'atto di adesione:**
una commissione "una tantum" a carico dell'aderente pari a euro 25,00.

b) **spese relative alla fase di accumulo:**

b.1) **direttamente a carico dell'aderente:** una commissione pari a 25,00 euro, applicata annualmente.

b.2) **indirettamente a carico dell'aderente e che incidono sul comparto**, una commissione di gestione percentuale a carico del fondo:

(a) Comparto Moneta 0,275% - trimestrale - (pari a 1,10% su base annua)
(b) Comparto Stabilità 0,275% - trimestrale - (pari a 1,10% su base annua)
(c) Comparto Mista 0,35% - trimestrale - (pari a 1,40% su base annua)
(d) Comparto Crescita 0,40% - trimestrale - (pari a 1,60% su base annua)
(e) Comparto Garantita 0,30% - trimestrale - (pari a 1,20% su base annua)

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 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 della impresa di assicurazione sarà dedotta la remunerazione complessiva percepita dal gestore dell'OICR collegato. Fanno eccezione gli investimenti in FIA diversi da quelli collegati.

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

c.1) 50,00 euro in caso di trasferimento ad altra forma pensionistica ai sensi dell'art. 13;

c.2) 20,00 euro in caso di riscatto della posizione individuale ai sensi dell'art. 13 e in caso di prestazione pensionistica ai sensi dell'art. 11;

c.3) 20,00 euro in caso di anticipazioni, ai sensi dell'art. 14;

c.4) nessuna spesa per la modifica della percentuale di allocazione dei contributi futuri tra i comparti, ai sensi dell'art. 6 comma 2;

c.5) per gli aderenti al percorso Life Cycle:

- nessuna spesa in fase di adesione al percorso, ai sensi dell'articolo 6 comma 3;
- 50 euro prelevati in occasione di ciascuna riallocazione automatica prevista all'interno del percorso stesso alle scadenze indicate, ai sensi dell'articolo 6 comma 3.

Tale spesa non sarà applicata in occasione della prima riallocazione qualora il periodo maturato all'interno del percorso Life Cycle sia inferiore a 24 mesi.
In tutti gli altri casi:

- nessuna spesa per la riallocazione della posizione individuale tra i comparti, ai sensi dell'art. 6 comma 2, ovvero per la modifica del profilo di investimento scelto, ai sensi dell'art. 6 comma 3.

d) **Spesa relative alla fase di erogazione delle rendite,** quali riportate nell'Allegato n. 2;

d)bis **Spese relative alle prestazioni pensionistiche diverse dalla rendita vitalizia:**

d-bis.1) spese per la gestione finanziaria di cui alla lettera b.2), in relazione ai comparti nei quali è investita la posizione individuale residua;

d-bis.2) in cifra fissa.

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:

- 5,00 euro prelevati su ciascuna rata trimestrale 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 nonché di adesioni di dipendenti dell'impresa di assicurazione o di altre società del gruppo e dei loro familiari fiscalmente a carico, secondo quanto previsto nelle singole convenzioni. La riduzione delle commissioni di gestione espresse in misura percentuale sul patrimonio avviene mediante emissioni 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 - Contribuzioni 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, in caso di adesione esplicita, 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 di 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. E' possibile riattivare la contribuzione in qualsiasi momento.

6 La contribuzione può essere attuata nel rispetto di quanto previsto dall'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, lett. 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 e RITA

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 in corso 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 20 anni di contributi 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 24 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 10 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, ai sensi dei commi 4 e 5, 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 permanenza.

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 ai successivi artt. 13 e 14, cessata l'erogazione della Rita parziale, 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'articolo 3, commi 6 e 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 ad 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, 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 vitalizia praticate da quest'ultima. In tal caso si applica quanto previsto all'art.13, commi 6 e 7.

Art. 12 - Erogazione delle prestazioni pensionistiche

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 della 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 vitalizia di seguito indicate:

- una rendita vitalizia reversibile: detta rendita è corrisposta all'aderente finché è in vita e successivamente, in misura totale alla persona da lui designata;
- una rendita certa e successivamente vitalizia: detta rendita è corrisposta per i primi 5 anni all'aderente o, in caso di suo decesso, alla persona da lui designata. Successivamente, se l'aderente è ancora in vita, viene corrisposta allo stesso una rendita vitalizia;
- una rendita certa e successivamente vitalizia: detta rendita è corrisposta per i primi 10 anni all'aderente o, in caso di suo decesso, alla persona da lui designata. Successivamente, se l'aderente è ancora in vita, viene corrisposta allo stesso una rendita vitalizia.

3 Nell'Allegato n. 2 al Regolamento sono riportate le condizioni e modalità di erogazione delle rendite vitalizie 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. Nell'Allegato n. 2 al Regolamento sono riportate le modalità di erogazione e di determinazione delle altre prestazioni pensionistiche offerte,

4 Le simulazioni relative alla rendita vitalizia 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.

5 In luogo della rendita vitalizia, l'aderente può richiedere, al netto della eventuale quota di prestazione erogata sotto forma di capitale, l'erogazione della prestazione pensionistica in una delle seguenti forme:

a. rendita a durata definita: detta rendita è erogata per un periodo predeterminato sulla base della vita attesa residua del beneficiario, come determinata dall'ISTAT per il calcolo delle pensioni obbligatorie. Su richiesta dell'aderente la prestazione può essere erogata per un numero di anni maggiore rispetto a quelli corrispondenti alla speranza di vita dello stesso.

b. prelievi liberamente determinabili: detti prelievi possono essere richiesti dal beneficiario, con facoltà per lo stesso di determinarne la tempistica e l'importo nel limite della somma delle rate, maturate e non riscosse, di una rendita teorica con frazionamento annuale, immediatamente erogabile e di durata definita pari alla vita attesa residua, in anni interi, dell'aderente al momento della richiesta della prestazione.

c. erogazione frazionata del montante accumulato: detta prestazione non è collegata alla vita attesa residua del beneficiario, è erogata per un periodo predeterminato dal beneficiario al momento della richiesta e comunque non inferiore ai 5 anni.

6 L'impresa di Assicurazione provvede ad erogare direttamente le prestazioni pensionistiche diverse dalla rendita vitalizia con tempestività e comunque non oltre il termine massimo di 6 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. Il montante residuo è mantenuto in gestione nei comparti scelti dall'aderente, all'atto della richiesta della prestazione o, in difetto di indicazioni, nei comparti individuati nella Nota informativa.

6 bis Al fine di adeguare i sistemi e i processi operativi dell' Impresa di Assicurazione per la gestione delle richieste e l'erogazione diretta delle prestazioni, il termine di cui al comma 6 può essere derogato per un periodo transitorio, che non potrà protrarsi oltre il 31 dicembre 2026.

Durante tale periodo l'Impresa di Assicurazione acquisisce le richieste di erogazione delle prestazioni. Successivamente all'avvenuto adeguamento dei suddetti sistemi e processi operativi, l'Impresa di Assicurazione procede tempestivamente alla liquidazione delle richieste di erogazione delle prestazioni di cui al comma 4 pervenute durante il periodo transitorio.

7 Le prestazioni di cui al comma 5, lett. a), b) e c) non sono tra loro cumulabili e non possono essere revocate una volta iniziata la liquidazione, salvo che il beneficiario opti per la conversione del montante residuo in una rendita vitalizia immediata sulla base delle condizioni e dei criteri indicati nella Nota Informativa, ovvero trasferisca il montante residuo presso un'altra forma pensionistica all'unico fine di beneficiare delle condizioni di rendita vitalizia offerte da quest'ultima.

8 L'aderente, al momento della richiesta di una delle prestazioni di cui al comma 5, lett. a), b) e c) è tenuto ad individuare i soggetti che, in caso di morte del beneficiario, hanno diritto di riscattare il montante residuo. Tale scelta può essere successivamente modificata dall'aderente,

9 Nel corso dell'erogazione delle prestazioni di cui al comma 5, lett. a), b) e c), l'aderente non può richiedere trasferimenti, riscatti, anticipazioni, RITA, ad eccezione della variazione del comparto / profilo di investimento, che può essere richiesta nel rispetto del periodo minimo di partecipazione di cui all'art. 6, comma 2.

10 Nel corso dell'erogazione delle prestazioni pensionistiche, non può essere versata ulteriore contribuzione al Fondo, salvo il caso in cui l'interessato attivi un nuovo rapporto di lavoro che preveda la maturazione del TFR.

11 La Nota Informativa riporta le opzioni di erogazione e le modalità di funzionamento delle prestazioni pensionistiche di cui al comma 5, lett. a), b) e c).

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 12 mesi e non superiore a 48 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 e a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi.
d) riscattare l'intera posizione individuale maturata, ai sensi dell'art. 14, comma 5, del Decreto, 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 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), 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 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.

Art. 14 bis - Prestazioni accessorie

1 Il Fondo prevede inoltre le seguenti prestazioni accessorie:
Premorienza e malattie gravi con invalidità.

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 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.

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 (sei) 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 sia stato trasferito presso il nuovo depositario.

3 Le funzioni di depositario sono regolate dalla normativa tempo per tempo vigente.

4 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 cui sono venuti a conoscenza nell'esercizio delle funzioni di depositario.

5 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 pensione.

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.

Parte V - Rapporti con gli Aderenti

Art. 22 - Modalità di adesione e clausole risolutive espresse

1 L'adesione esplicita 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 alla 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 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 luoghi indicati nella Nota informativa.

6 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. L'impresa di assicurazione, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, procede a rimborsare 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.

7 L'aderente è tenuto a 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 60 giorni dalla ricezione della comunicazione.

8 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 60 giorni dalla ricezione della comunicazione.

Art. 23 - Trasparenza nei confronti degli aderenti e 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 una apposita sezione dedicata alle forme pensionistiche complementari e presso la sede legale della impresa di assicurazione. I documenti utilizzati in fase di adesione sono resi disponibili in formato cartaceo e gratuitamente anche presso le sedi dei i 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 stesse almeno 120 giorni prima della relativa data di efficacia; dal momento della comunicazione l'aderente ha 90 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 amministrativo 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, 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 della 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 di 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 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;

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 correttamente applicate;

iii) la completezza ed esaustività delle informazioni contenute nelle comunicazioni periodiche agli aderenti e ai beneficiari ed 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 del depositario, nonché il rispetto delle condizioni per l'erogazione della rendita e, ove presenti, delle 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) predispone 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 del 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, 2395 del Codice Civile.

Allegato n. 2. Condizioni e modalità di erogazione delle prestazioni pensionistiche

Criteri di individuazione del coefficiente da applicare per la determinazione dell'importo annuo della rendita

L'importo annuo della rendita vitalizia immediata viene determinato moltiplicando il montante contributivo (netto di imposta dovuta ai sensi di legge) per il coefficiente di conversione di cui alla tabella allegata, avuto riguardo alla periodicità di erogazione prescelta, relativo all'età raggiunta dall'aderente all'atto della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari previste dal Regolamento del FONDO PENSIONE.
Il risultato ottenuto deve essere diviso per 1.000.
Con criteri analoghi vengono determinate le altre prestazioni pensionistiche previste all'art. 12 comma 2 del Regolamento.
I documenti inerenti i coefficienti di conversione per le prestazioni di reversibilità e per la determinazione delle rendite certe e successivamente vitalizie sono depositati presso la sede del Fondo Pensione.
Ciascuna rendita sarà erogata in rate mensili posticipate a mezzo bonifico bancario con valuta il primo giorno di ciascun mese. La prima rata di rendita verrà pagata il primo giorno del mese successivo a quello di decorrenza. È facoltà dell'aderente scegliere, all'atto della richiesta, periodicità diverse di pagamento.
L'erogazione della rendita cesserà con l'ultima scadenza di rata precedente la morte dell' aderente fatto salvo quanto previsto dal comma 2, dell'art. 12 del Regolamento.

Basi tecniche e caricamenti

Ipotesi demografica

- A62-I

Ipotesi finanziaria

- tasso di interesse dello 0,00% annuo

Caricamenti

- l'aliquota dell'1,25% della rendita per spese di erogazione

Criteri di adeguamento della rendita con riferimento all'entità ed alla periodicità dell'adeguamento

La Compagnia riconoscerà una rivalutazione annua delle rendite nella misura e secondo le modalità appresso indicate. A tal fine la Compagnia stessa gestirà, secondo quanto previsto nel Regolamento della Gestione separata allegato, attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche. La Compagnia dichiara entro il 31 marzo di ciascun anno il rendimento annuo da attribuire agli assicurati, ottenuto moltiplicando il rendimento di cui al Regolamento della Gestione separata per l'aliquota di partecipazione fissata nella misura del 90%. La misura annua di rivalutazione è uguale al rendimento attribuito, diminuito del tasso tecnico dello 0,00% e scontato allo stesso tasso per un anno. Il rendimento minimo trattenuto dalla Compagnia, tuttavia, non può essere inferiore a 0,75 punti percentuali.
La rendita annua da corrispondere a ciascun anniversario della decorrenza verrà aumentata sommando a quella corrisposta l'anniversario precedente un importo pari al prodotto di quest'ultima per la misura annua di rivalutazione dichiarata ai sensi del punto 2.

Modalità di utilizzo delle tabelle relative ai coefficienti di conversione

fino al 1907	+7	dal 1958 al 1966	0
dal 1908 al 1917	+6	dal 1967 al 1977	-1
dal 1918 al 1921	+5	dal 1978 al 1989	-2
dal 1922 al 1927	+4	dal 1990 al 2001	-3
dal 1928 al 1938	+3	dal 2002 al 2014	-4
dal 1939 al 1947	+2	dal 2015 al 2020	-5
dal 1948 al 1957	+1	dal 2021	-6

Le tavole seguenti sono state costruite prendendo come generazione di riferimento quella dei nati nell'intervallo 1958-1966. L'uso delle tavole per gli assicurati nati in altri anni si ottiene mediante il ringiovanimento/invecchiamento dell'età secondo la tabella precedente.

Allegati:

- Tabella dei coefficienti di conversione in rendita vitalizia immediata rivalutabile, anche in rapporto all'eventuale rateizzazione infrannuale della rendita.
- Tabella dei coefficienti di conversione in rendita vitalizia immediata rivalutabile certa per i primi 5 anni, anche in rapporto all'eventuale rateizzazione infrannuale della rendita.
- Tabella dei coefficienti di conversione in rendita vitalizia immediata rivalutabile certa per i primi 10 anni, anche in rapporto all'eventuale rateizzazione infrannuale della rendita.
- Regolamento della gestione separata.

Coefficienti di conversione del montante contributivo in una rendita annua vitalizia immediata

Rendita annua per 1.000 euro di montante contributivo

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
50	25,120	24,970	24,860	24,830
51	25,750	25,580	25,470	25,450
52	26,410	26,230	26,110	26,090
53	27,090	26,910	26,790	26,760
54	27,820	27,620	27,490	27,460
55	28,580	28,370	28,240	28,200
56	29,380	29,160	29,020	28,980
57	30,220	29,990	29,840	29,800
58	31,110	30,870	30,710	30,670
59	32,060	31,800	31,630	31,590
60	33,060	32,790	32,610	32,560
61	34,130	33,830	33,640	33,590
62	35,260	34,950	34,740	34,690
63	36,460	36,130	35,910	35,850
64	37,740	37,390	37,150	37,090
65	39,110	38,730	38,480	38,420
66	40,580	40,170	39,900	39,830
67	42,160	41,720	41,430	41,350
68	43,860	43,380	43,070	42,990
69	45,700	45,180	44,830	44,750
70	47,680	47,110	46,740	46,650
71	49,830	49,210	48,810	48,710
72	52,170	51,490	51,050	50,940
73	54,710	53,960	53,480	53,360
74	57,480	56,660	56,120	55,990
75	60,500	59,590	59,000	58,850

* L'età si calcola in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e computando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi.

Coefficienti di conversione del montante contributivo in una rendita annua vitalizia immediata certa per 5 anni

Rendita annua per 1.000 euro di montante contributivo

50	25,110	24,950	24,850	24,820
51	25,740	25,570	25,460	25,430
52	26,390	26,220	26,100	26,070
53	27,080	26,890	26,770	26,740
54	27,800	27,600	27,480	27,450
55	28,550	28,350	28,220	28,180
56	29,350	29,140	29,000	28,960
57	30,190	29,970	29,820	29,780
58	31,080	30,840	30,680	30,640
59	32,020	31,770	31,600	31,560
60	33,020	32,750	32,570	32,530
61	34,080	33,790	33,600	33,550
62	35,200	34,890	34,690	34,640
63	36,400	36,070	35,850	35,800
64	37,670	37,320	37,090	37,030
65	39,030	38,650	38,410	38,350
66	40,480	40,080	39,820	39,750
67	42,040	41,610	41,330	41,260
68	43,720	43,260	42,950	42,870
69	45,530	45,030	44,700	44,610
70	47,480	46,930	46,580	46,490
71	49,580	48,990	48,600	48,510
72	51,860	51,220	50,800	50,690
73	54,320	53,620	53,160	53,050
74	56,990	56,220	55,720	55,600
75	59,880	59,040	58,500	58,360

* L'età si calcola in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e computando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi.

Coefficienti di conversione del montante contributivo in una rendita annua vitalizia immediata certa per 10 anni

Rendita annua per 1.000 euro di montante contributivo

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
50	25,070	24,920	24,820	24,790
51	25,690	25,530	25,420	25,390
52	26,340	26,170	26,060	26,030
53	27,020	26,840	26,720	26,690
54	27,730	27,540	27,420	27,390
55	28,480	28,280	28,150	28,120
56	29,270	29,060	28,920	28,890
57	30,100	29,880	29,730	29,700
58	30,980	30,740	30,590	30,550
59	31,910	31,660	31,490	31,450
60	32,890	32,620	32,450	32,410
61	33,920	33,640	33,460	33,420
62	35,020	34,730	34,530	34,480
63	36,190	35,870	35,670	35,620
64	37,430	37,090	36,870	36,820
65	38,740	38,390	38,150	38,090
66	40,150	39,770	39,520	39,450
67	41,640	41,240	40,970	40,900
68	43,240	42,800	42,520	42,450
69	44,940	44,470	44,170	44,090
70	46,750	46,260	45,930	45,850
71	48,680	48,150	47,800	47,720
72	50,740	50,170	49,800	49,710
73	52,910	52,310	51,910	51,820
74	55,210	54,570	54,150	54,050
75	57,620	56,950	56,500	56,400

* L'età si calcola in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e computando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi.

Criteri per la determinazione della rendita a durata definita :

La rendita a durata definita è una prestazione erogata per un numero di anni predeterminato, calcolato sulla base dell' aspettativa di vita al momento della richiesta. Non è legata alla sopravvivenza effettiva del beneficiario: l'erogazione cesserà al termine del periodo stabilito nonostante la sopravvivenza del beneficiario.

La durata prevista

Durata standard: corrisponde al numero intero di anni della speranza di vita residua, ricavato dalle tavole di mortalità ISTAT utilizzate per i coefficienti di trasformazione della Legge 335/1995 (arrotondato per difetto).

Durata estesa: si può richiedere una durata (in anni interi) superiore alla vita attesa ISTAT.

Importo delle rate

L'importo di ciascuna rata non è fisso: viene ricalcolato a ogni scadenza dividendo il montante disponibile alla data di liquidazione per il numero di rate ancora da erogare. Il montante varia in funzione dei risultati della gestione finanziaria del comparto in cui è investito.

Periodicità e costo

In base alle opzioni offerte dalla normativa:

1) il Fondo ha previsto una cadenza delle rate trimestrale,
2) il Fondo non ha previsto un importo minimo per singola rata.

Criteri per la determinazione dei prelievi liberamente determinabili :

I prelievi liberamente determinabili sono una soluzione dove è possibile scegliere quando prelevare e quanto, nei limiti previsti dalla normativa. Il montante residuo rimane sempre investito nel comparto scelto.

Limite massimo prelevabile

Non è possibile prelevare subito tutto il montante. La normativa stabilisce un tetto massimo che cresce nel tempo, calcolato in riferimento a una rendita a durata definita figurativa annuale (non reale)pari a quella che si potrebbe ricevere se si fosse scelta la rendita a durata definita annuale.

Ogni anno si rende potenzialmente disponibile una quota equivalente a una rata annuale di tale rendita teorica. L'importo massimo prelevabile in qualsiasi momento è pari alla somma delle rate teoriche maturate e disponibili dalla richiesta della prestazione, diminuita di quanto eventualmente si è già prelevato in precedenza.

Nell'ultimo anno di durata teorica, si può prelevare fino all'intero montante residuo.

Il Fondo non ha previsto un importo minimo per singolo prelievo.

Regolamento della gestione separata "MPV 12"

- Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata dalle altre attività della Compagnia, contraddistinta con il nome MPV12 ed indicata, nel seguito, con la sigla MPV12. La gestione separata MPV12 è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo (IVASS) con il Reg. n. 38/2011.
- La valuta di denominazione della gestione separata MPV12 è l'Euro.
- Il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento decorre dal 01 Gennaio e cessa al 31 Dicembre di ogni anno. All'inizio di ciascun mese viene inoltre determinato il tasso medio di rendimento realizzato in un periodo di osservazione costituito dai dodici mesi immediatamente precedenti.
- La politica di investimento adottata dalla gestione separata mira alla conservazione del capitale insieme alla ricerca di performance assolute nel medio-lungo termine. Le scelte di investimento sono effettuate secondo criteri di diversificazione del rischio tra le diverse classi di investimento, in coerenza con le tipologie e i limiti previsti dalla normativa vigente. In particolare, tenuto conto delle previsioni recate dall' art. 9, comma 2 del Reg. IVASS n. 38/2011, le tipologie di attivi in cui possono essere investite le risorse confluite nella gestione separata sono le seguenti:
  - Titoli di debito ed altri valori assimilati;
  - Prestiti;
  - Titoli di capitale ed altri valori assimilati;
  - Comparto immobiliare;
  - Investimenti alternativi;
  - Crediti;
  - Depositi bancari o presso altri enti creditizi autorizzati dalla competente autorità.

La selezione degli strumenti finanziari all'interno delle diverse tipologie, aree geografiche e settori viene effettuata in un'ottica di massimizzazione del rendimento aggiustato per il rischio. Gli investimenti costituiti da Prestiti o Crediti non possono superare disgiuntamente il limite del 10% della consistenza complessiva della gestione separata al momento dell'operazione. Il limite del 20% della consistenza complessiva della gestione separata al momento dell'operazione è invece stabilito per ciascuna delle seguenti tipologie di investimento: titoli di capitale ed altri valori assimilati, comparto immobiliare, investimenti alternativi.

Sono inoltre previsti i seguenti ulteriori limiti:

- i titoli strutturati devono possedere un rating almeno pari a "BBB-" e prevedere il rimborso del nominale a scadenza.
- i titoli derivanti da cartolarizzazioni devono possedere un rating almeno pari a "BBB-" ed il più elevato grado di priorità nell'emissione.
- gli investimenti in qualsiasi forma effettuati riferiti al medesimo emittente non possono eccedere i limiti di concentrazione tempo per tempo fissati dalla Compagnia per il complesso dei propri investimenti.

Le operazioni di investimento infragruppo, riguardanti:

- titoli di capitale delle società di cui all'art. 5 del Reg. IVASS n. 25/2008,
- titoli di debito emessi dalle società di cui al punto precedente, non possono superare complessivamente il limite del 5% della consistenza della gestione separata al momento dell'operazione.

L'utilizzo di strumenti finanziari derivati è consentito nei limiti e con le modalità previste dalla vigente normativa.

Le operazioni in strumenti finanziari derivati non negoziati su mercati regolamentati devono:

- essere concluse con controparti abilitate ad effettuare professionalmente tali operazioni, soggette a vigilanza prudenziale e con un rating almeno pari ad "BBB-",
- prevedere una adeguata collateralizzazione delle posizioni.
- La gestione separata MPV12 non è dedicata a specifiche tipologie di polizze e/o segmenti di clientela.
- Il valore delle attività della gestione separata MPV12 non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per le assicurazioni che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento della gestione stessa.
- La Compagnia si riserva il diritto di effettuare modifiche al presente regolamento derivanti dall'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per i Contraenti.
- Sulla gestione separata MPV12 gravano unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione stessa. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.
- Il rendimento della gestione separata MPV12 beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Compagnia in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione stessa.
- Il tasso medio di rendimento della gestione separata MPV12 è determinato rapportando il risultato finanziario della gestione separata alla giacenza media delle attività della gestione stessa, relativi al periodo di osservazione considerato. Il risultato finanziario realizzato dalla gestione separata nel periodo di osservazione considerato è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte , al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività, per la verifica contabile ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o

di altri proventi ricevuti dalla Compagnia in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione stessa. Le plusvalenze e le minusvalenze sono incluse nel risultato finanziario solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata MPV12, pari al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione. La giacenza media delle attività della gestione separata nel periodo di osservazione considerato è pari alla somma delle giacenze medie dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della gestione stessa. La giacenza media degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione separata.

- Il rendiconto riepilogativo e il prospetto della composizione delle attività della gestione separata MPV12 sono sottoposti a verifica da parte di una Società di Revisione iscritta all'Albo di cui al D. Lgs. 24 febbraio 1998, n.58. La società di revisione esprime il proprio giudizio sulle risultanze delle verifiche effettuate ai sensi dell'art. 11, comma 2, del Reg. IVASS n. 38/2011.
- La Compagnia può effettuare sulla gestione separata MPV12 operazioni di scissione o di fusione con altre gestioni separate alle condizioni e con le modalità previste dagli artt. 34 e 35 del Reg. IVASS n. 14/08.
- Il presente regolamento è parte integrante delle condizioni di assicurazione.

Allegato n. 3. Condizioni della prestazione assicurativa accessoria in caso di malattie gravi e premorienza

Sezione 1 - Norme generali

Art. 1 – Prestazioni assicurate

1 Le prestazioni assicurate, in conformità a quanto previsto dall'art. 14 bis, comma 1, lett. a) del Regolamento del Fondo Pensione, consistono nell'erogazione di un capitale all'Aderente nel caso in cui gli sia diagnosticata nel corso della durata contrattuale, una "malattia grave" come precisato nei successivi Art. 11, 12 e 13.

2 In caso di decesso dell' Aderente è prevista l'erogazione ai Beneficiari designati di un capitale caso morte, come descritto al successivo Art.14, qualora non sia stata già erogata la prestazione prevista in caso di "malattia grave".

3 Ferme le esclusioni di cui al successivo Art. 4 e il periodo di carenza di cui alla Sezione 2 delle presenti Condizioni, le suddette garanzie sono operative fino al 67° anno di vita dell'Aderente.

Art. 2 – Dichiarazioni dell'Aderente

1 Le dichiarazioni dell'Aderente devono essere esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa ha diritto:

a) quando esiste dolo o colpa grave:
   - di impugnare il contratto, dichiarando all'Aderente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Trascorso detto termine la Compagnia decade da tale diritto;
   - di rifiutare, in caso di sinistro ed in ogni tempo, qualsiasi pagamento;

b) quando non esiste dolo o colpa grave:
   - di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da fare all'Aderente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
   - di ridurre, in caso di sinistro, la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

2 La Compagnia rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.
L'inesatta indicazione dell'età dell'Aderente comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art. 3 – Conclusione del contratto ed entrata in vigore

1 Il contratto di adesione alle presenti prestazioni assicurative accessorie si considera concluso nel momento in cui la Compagnia ha comunicato all'Aderente l'accettazione della proposta per iscritto con raccomandata o mediante invio del documento di adesione alle garanzie accessorie.
In ogni caso il contratto si ritiene concluso il terzo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento del premio, sempre che, entro il suddetto termine, la Compagnia non abbia comunicato per iscritto all'Aderente il rifiuto della proposta.

2 L'Assicurazione entra in vigore alle ore ventiquattro del giorno in cui il contratto è concluso.
La presente assicurazione è assunta previa compilazione di apposito questionario sullo stato di salute dell'Aderente.

Art. 4 – Esclusioni

1 I rischi sono coperti qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi:

a) la Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico che pratica attività in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera;

b) attività dolosa dell'Aderente;
c) partecipazione dell'Aderente a delitti dolosi;
d) azioni di autolesionismo da parte dell'Aderente;
e) partecipazione dell'Aderente a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
f) partecipazione attiva dell'Aderente a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
g) malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
h) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione non viene erogata se è comprovato che l'Aderente di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
i) incidente di volo, se l'Aderente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
j) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Aderente non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
l) malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Aderente, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Aderente.
m) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

Per quanto riguarda il rischio di "malattia grave" si applicano anche le esclusioni previste dal successivo Art.13 delle presenti Condizioni.

2 **I rischi, inoltre, non sono coperti qualora l'Aderente faccia parte delle seguenti categorie professionali:**

- Personale che lavora in miniera ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione, o in attività nel sottosuolo di costruzione o esplorazione;
- Personale che lavora in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
- Personale che lavora in siti industriali ed è direttamente coinvolto nella ricerca, produzione o affinazione di petrolio, suoi derivati e gas;
- Personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivo o sistemi esplosivi;
- Personale delle forze armate di sicurezza impiegate in missione all'estero.

3 **Il rischio, infine, non è coperto nei casi previsti per ciascuna "malattia grave" così come descritti al successivo Art. 13.**
In questi casi, non è prevista alcuna prestazione.

Art. 5 – Beneficiari

1 L'Aderente è il Beneficiario della prestazione per malattia grave di cui al successivo Art. 11.
L'Aderente designa i Beneficiari della prestazione in caso di morte, di cui al successivo Art. 14, e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

2 La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:
a) dopo che l'Aderente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
b) da parte degli eredi, dopo la morte dell'Aderente;
c) dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.
La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o fatte per testamento.

Art. 6 – Pagamenti della Compagnia

1 Le richieste di pagamento rivolte alla Compagnia, accompagnate dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto, debbono essere inoltrate alla Compagnia con le seguenti modalità:
a) a mezzo posta;

b) a mezzo fax;
c) rivolgendosi alla Filiale presso la quale è stato sottoscritto il contratto.

2 **Nel caso sia diagnosticata all'Aderente una delle "malattie gravi" di cui all'Art. 13,** dovrà essere trasmesso il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto l' Aderente, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Aderente al momento della denuncia.
La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria ad integrazione di quanto già trasmesso.
La Compagnia potrà accertare la diagnosi di "malattia grave" dell'Aderente anche tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

3 La Compagnia effettua il pagamento per la prestazione in caso di "malattia grave" entro 20 giorni dalla data di ricezione della denuncia completa di tutta la documentazione prevista, comprese eventuali integrazioni, a condizione che l'Aderente sia in vita. **Il pagamento della somma assicurata determina lo scioglimento del contratto e nulla sarà dovuto dalla Compagnia in caso di diagnosi di una seconda malattia grave o in caso di morte dell'Aderente.**

4 **In caso di decesso dell'Aderente,** dovrà essere consegnato:
- copia del modulo di adesione, del questionario sullo stato di salute e condizione professionale dell'Aderente;
- il certificato di morte;
- la relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo (modello della Compagnia);
- copia del testamento o, in assenza, atto notorio (o dichiarazione sostitutiva) attestante che il decesso è avvenuto in assenza del testamento, con l'indicazione (se del caso) degli eredi legittimi;
- certificato di esistenza in vita dei Beneficiari;
- decreto del Giudice Tutelare nel caso di Beneficiari minori d'età o interdetti, con l'indicazione della persona designata alla riscossione;
- coordinate IBAN e intestazione c/c dei Beneficiari;
- copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, dei Beneficiari;
- copia del codice fiscale dei Beneficiari.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione di carattere sanitario, non prevista nelle presenti Condizioni, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

5 La Compagnia esegue il pagamento per la prestazione caso morte entro 20 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a favore degli aventi diritto. Salvo diversa indicazione degli aventi diritto i pagamenti verranno eseguiti a mezzo accredito in conto corrente bancario.

Art. 7 – Diritto di revoca e di recesso della proposta

1 Nella fase che precede la conclusione del contratto di adesione, l'Aderente può revocare la proposta contrattuale dandone comunicazione ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

2 AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. si impegna a restituire per intero il premio eventualmente corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione. L'Aderente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma.

3 Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente il premio versato.

Art. 8 – Foro competente

1 Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Aderente, del beneficiario ovvero degli aventi diritto.

Art. 9 – Durata

1 La durata delle coperture accessorie è fissata dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto fino al compimento del 67° anno di vita dell'Aderente. Alla sottoscrizione l'Aderente non potrà comunque avere un'età inferiore a 18 anni né superiore a 55 anni.

2 Presupposto per l'adesione del contratto è l'accertamento dello stato di salute dell'Aderente, ed è pertanto necessaria la compilazione e la sottoscrizione del questionario sullo stato di salute da parte dell'Aderente stesso.

Art. 10 – Premi e costi

1 Il contratto prevede il versamento di un premio pari al 10% ovvero al 15% di ciascun contributo individuale volontario versato al fondo Pensione se attivata la garanzia assicurativa accessoria, nel caso di Aderente che abbia dichiarato in fase di adesione di essere rispettivamente **non fumatore o fumatore** così come definito nel modulo di adesione alla garanzia accessoria.

2 Ai fini del pagamento del premio assicurativo sono esclusi i contributi versati dal Datore di lavoro e i trasferimenti provenienti da altro Fondo pensione o da altra forma pensionistica individuale.

3 **Per attivare la garanzia assicurativa accessoria, ogni contributo minimo versato al Fondo Pensione è fissato in euro 150,00, pari ad un importo minimo di euro 15,00 nel caso di Aderente "non fumatore" e di euro 22,50 nel caso di Aderente "fumatore".**
L'importo massimo annuo del premio assicurativo è fissato nel caso di Aderente "non fumatore" ad euro 516,40, ovvero ad euro 774,60 nel caso di Aderente "fumatore".

4 Il premio è addebitato dalla Compagnia mediante prelievo automatico dell'importo previsto su ciascun contributo individuale volontario se attivata la garanzia assicurativa accessoria e in ogni caso non oltre il 55° anno di vita dell'aderente; la garanzia assicurativa acquisita resta comunque in vigore fino al compimento del 67° anno di vita dell'Aderente.

5 La Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva. L'Aderente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio. Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale. L'Aderente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Art. 11 – Prestazione in caso di "malattia grave"

1 Nel caso in cui nel corso della durata contrattuale sia diagnosticata all'Aderente una "malattia grave" fra quelle elencate all'Art. 13, la Compagnia liquiderà all'Aderente stesso il capitale assicurato maturato pari al 50% del totale dei versamenti individuali volontari effettuati a favore del Fondo pensione sui quali sia attiva la garanzia assicurativa accessoria, ovvero con il limite massimo di euro 5.164,00 annui come indicato all'Art. 10, con eccezione dei:
- Contributi versati dal Datore di lavoro;
- Trasferimenti delle risorse o delle riserve matematiche provenienti da altri Fondi Pensione o da altre forme pensionistiche individuali.

2 Il capitale massimo assicurabile è pari ad euro 70.000,00. Maturato tale importo, la Compagnia sospenderà il prelievo del premio assicurativo dai contributi individuali versati dall'Aderente; la garanzia assicurativa accessoria resta comunque acquisita fino al 67° anno di vita dell'Aderente.

3 Il pagamento della somma assicurata determina lo scioglimento del contratto e nulla sarà dovuto dalla Compagnia in caso di diagnosi di una seconda malattia grave o in caso di morte dell'Aderente.

4 In caso di richiesta di trasferimento della posizione pensionistica presso altro Fondo pensione o altra forma pensionistica individuale nonché in caso di riscatto parziale, totale ovvero di anticipazione della posizione pensionistica individuale, la Compagnia garantisce la prestazione assicurata maturata alla data della richiesta fino alla scadenza contrattuale fissata al compimento del 67° anno di vita dell'Aderente.

5 Per l'ipotesi di "malattia grave" nel periodo di carenza si rinvia alla successiva Sezione 2 delle presenti Condizioni.

Art. 12 – Definizioni di "malattia grave"

1 Ai fini della presente assicurazione si intendono per "malattia grave" esclusivamente le seguenti malattie che abbiano comportato **un'invalidità permanente non inferiore al 5%:**

- Infarto;
- Cancro;
- Ictus;
- Chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS);
- Cecità;
- Insufficienza renale;
- Trapianto degli organi principali;
- Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi.

Si rinvia all'Articolo successivo per la descrizione di ciascuna "malattia grave".

Art. 13 – "Malattia grave": descrizione

1 **A) Cancro**

La prima diagnosi inequivocabile di un tumore maligno interno che richiede un trattamento di chirurgia, radioterapia, ormonoterapia o chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Sono esclusi:

- tumori classificati come carcinoma in situ;
- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni, maligni borderline, a bassa potenzialità di malignità, non-invasivi, o qualsiasi grado di displasia;
- tumori trattati solo con procedure endoscopiche e tumori della vescica che non hanno invaso lo strato muscolare (Tis e Ta),
- tumori della pelle, ad eccezione del melanoma maligno superiore ad 1,00 mm di spessore di Breslow e istologicamente descritto dalla Classificazione TNM dell'AJCC settima Edizione come stadio uguale o superiore a T2N0M0;
- tutti i tumori della prostata a meno che sia istologicamente classificato con un punteggio di Gleason superiore a 6 o abbia progredito almeno allo stadio T2N0M0;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione.

B) Infarto

Morte del muscolo cardiaco a causa di insufficiente apporto di sangue. La diagnosi deve accertare che l'episodio di infarto miocardico sopravvenuto sia nuovo ed acuto e deve essere sostenuta da ambedue i seguenti criteri:

- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche: nuove alterazioni ST-T o nuove del blocco di branca sinistra o nuove onde Q;
- caratteristico aumento dei biomarcatori cardiaci o troponine che registrino i seguenti livelli o superiori:

- troponina T > 1,0 ng / ml
- AccuTnI > 0.5 ng/ml o valori equivalenti in altri metodi Troponin I.

Sono esclusi l'angina e altre sindromi coronariche acute.

C) Ictus

È il danno del tessuto cerebrale a seguito di un incidente cerebrovascolare causato da emorragia, embolia o trombosi, associato a insorgenza improvvisa di oggettivo deficit neurologico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo. Il danno deve essere dimostrato dalla risonanza magnetica (MRI), tomografia computerizzata (TC) o altre tecniche di imaging affidabili approvate dalla Compagnia.

Sono esclusi: attacco ischemico transitorio (TIA), danno al tessuto cerebrale causato da un trauma cranico, sintomi cerebrali associati a deficit neurologico reversibile.

D) Chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS)

La fase di chirurgia di bypass aortocoronarico che richiede sternotomia mediana, quando è considerato medicalmente necessario per trattare la malattia coronarica, ma non include i seguenti casi: angioplastica, procedura intra-arteriosa, tecniche laser, altre tecniche non chirurgiche.

E) Cecità

Si intende la perdita permanente della vista in entrambi gli occhi come conseguen-

za di una malattia o infortunio nella misura in cui l'acuità visiva è di 6/60 o meno in entrambi gli occhi o nella misura in cui il campo visivo è ridotto a 20 gradi o meno di arco a prescindere dalla corretta acuità visiva.

F) Insufficienza renale

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. è necessaria prova che l'Aderente si sottopone a emodialisi renale continua ritenuta necessaria da un nefrologo.

Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale.

G) Trapianto degli organi principali

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto tra esseri umani o l'inclusione in una lista di attesa ufficiale con lo scopo di sostituire gli organi mancanti o danneggiati del ricevente di uno dei seguenti organi: cuore, polmone, fegato, pancreas, rene, midollo osseo, (usando le cellule staminali ematopoietiche preceduta da ablazione totale del midollo osseo). Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento dell'insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato. Il trapianto di altre cellule staminali o di parti di un organo è escluso.

H) Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi

È la perdita totale e permanente dell'uso dei seguenti organi:

- entrambe le mani a partire dal polso;
- entrambi i piedi a partire dal collo del piede;
- una mano a partire dal polso e un piede a partire dal collo del piede;
- una mano a partire dal polso e la totale vista da un occhio;
- un piede a partire dal collo del piede e la totale vista da un occhio.

Art. 14 – Prestazione in caso di decesso dell'Aderente

1 In caso di decesso dell'Aderente nel corso della durata contrattuale è previsto il pagamento del capitale assicurato maturato a favore dei Beneficiari designati dall'Aderente, a condizione che non sia stata già corrisposta la prestazione in caso di malattia grave di cui al precedente Art. 11.

2 Il capitale assicurato maturato è pari al 50% del totale dei versamenti individuali volontari effettuati a favore del Fondo pensione sui quali sia attiva la garanzia assicurativa accessoria, ovvero con il limite massimo di euro 5.164,00 annui come indicato all'Art. 10, con eccezione dei:

- Contributi versati dal Datore di lavoro;
- Trasferimenti delle risorse o delle riserve matematiche provenienti da altri Fondi Pensione o da altre forme pensionistiche individuali.

3 Il capitale massimo assicurabile è pari ad euro 70.000. Maturato tale importo, la Compagnia sospenderà il prelievo del premio assicurativo dai contributi individuali versati dall'Aderente; la garanzia assicurativa accessoria resta comunque acquisita fino al 67° anno di vita dell'Aderente.

4 **Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Aderente, fatte salve le Condizioni di carenza riportate alla successiva Sezione 2 e le esclusioni indicate all'Art. 4.**

Art. 15 – Interruzione e ripristino del pagamento dei premi

1 In caso di interruzione del pagamento dei premi la copertura assicurativa acquisita resta in vigore fino al compimento del 67° anno di vita dell'Aderente, per un importo pari al capitale assicurato cumulato alla data dell'interruzione.

Art. 16 – Collegio medico arbitrale

1 Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

2 Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede nel Comune in cui è situato l'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.

3 È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di soggetto affetto da "malattia grave" ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi 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 ciascuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche qualora uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto dovrà essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art. 17 – Riscatto

1 Il contratto non prevede riscatti.

Sezione 2 - Condizioni speciali di carenza

CONTRATTI CONCLUSI SENZA VISITA MEDICA

1 Nel caso in cui il contratto sia stato concluso con la compilazione del solo questionario sanitario, operano le seguenti condizioni di carenza:

Per la prestazione in caso di "malattia grave"

I. nel caso di Infarto, Cancro, Ictus e CABS, si applica una carenza pari a 180 giorni dalla data di decorrenza del contratto;

II. nel caso di Cecità, Insufficienza renale, Trapianto degli organi principali e Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi non è previsto alcun periodo di carenza.

Per la prestazione in caso di decesso dell'Aderente

- nel caso di sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e altre patologie ad essa collegate, si applica una carenza pari a 5 anni dalla data di decorrenza del contratto. In tal caso, in luogo del capitale assicurato per il caso di morte, sarà corrisposta una somma pari al valore della riserva matematica al momento del decesso;
- nel caso di altri eventi: 180 giorni dalla data di decorrenza del contratto.

2 La Compagnia non applicherà alcun periodo di carenza e la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

a. di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b. di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

c. di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

CONTRATTI CONCLUSI CON VISITA MEDICA

3 Nel caso in cui l'Aderente si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, si applicano le seguenti condizioni di carenza:

Per la prestazione in caso di "malattia grave"

I. nel caso di Infarto, Cancro, Ictus e CABS, si applica una carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto;

II. nel caso di Cecità, Insufficienza renale, Trapianto degli organi principali e Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi non è previsto alcun periodo di carenza.

Per la prestazione in caso di decesso dell'Aderente

- nel caso di sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e altre patologie ad essa collegate, si applica una carenza pari a 7 anni dalla data di decorrenza del contratto qualora l'Aderente abbia rifiutato di sottoporsi agli esami clinici specialistici necessari per l'accertamento dello stato di malattia da HIV o di sieropositività. In tal caso, in luogo del capitale assicurato per il caso di morte, sarà corrisposta una somma pari al valore della riserva matematica al momento del decesso;

- nel caso in cui l'Aderente si sia sottoposto al test per l'accertamento dello stato di malattia da HIV o di sieropositività e il test sia risultato negativo, non è applicata alcuna carenza;
- nel caso di altri eventi: non è previsto alcun periodo di carenza.

4 Nel caso in cui all'Aderente sia diagnosticata una "malattia grave" tra quelle elencate al precedente punto I., durante il periodo di carenza indicato e il pagamento dei premi previsti sia stato regolarmente effettuato, la Compagnia restituirà all'Aderente i premi versati al netto dei costi. Il contratto si estingue e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia stessa.
In caso di decesso dell'Aderente nel periodo di carenza, il contratto si estingue e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia.