

Informativa alla clientela

Fondo Pensione Aperto Axa Mps Previdenza per te

Gentile Sig./Sig.ra,

La informiamo che per il prodotto fondo pensione aperto Axa Mps Previdenza per Te dal **15/07/2016** entreranno in vigore alcune modifiche al Regolamento dello stesso.

Le riportiamo sinteticamente di seguito le novità Regolamentari che saranno introdotte:

a) Regolamento Parte II – Caratteristiche del fondo e modalità di investimento; Art. 7 - Gestione degli Investimenti: per la linea garantita inserimento di un nuovo tasso minimo garantito pari a 0,00% per tutti i versamenti effettuati successivamente alla data di entrata in vigore delle modifiche ed eliminazione del diritto di garanzia in caso di trasferimento presso altra forma pensionistica; Art. 8 – Spese: introduzione di una commissione “una tantum” all’atto dell’adesione pari a € 25; variazione della commissione amministrativa annua a carico dell’aderente da € 12,91 a € 25; variazione delle spese di gestione trimestrali a carico del Fondo per ciascuna linea di investimento pari a:

Linea Moneta	da 0,20% (0,80% su base annua) a 0,275% (1,10% su base annua)
Linea Stabilità	da 0,25% (1,00% su base annua) a 0,275% (1,10% su base annua)
Linea Mista	da 0,30% (1,20% su base annua) a 0,350% (1,40% su base annua)
Linea Crescita	da 0,35% (1,40% su base annua) a 0,400% (1,60% su base annua)
Linea Garantita	da 0,35% (1,40% su base annua) a 0,300% (1,20% su base annua)

variazione degli oneri amministrativi in caso di trasferimento ad altra forma pensionistica da € 12,91 a € 50 e di riscatto della posizione individuale da € 12,91 a € 20; introduzione delle spese amministrative in caso di anticipazione pari a € 20.

b) Regolamento Parte III – Contribuzioni e prestazioni; Art. 15 - Prestazioni assicurative accessorie: sostituzione delle attuali coperture volontarie per premorienza e invalidità con una nuova copertura volontaria di tipo Critical Illness (malattie gravi con invalidità) e Premorienza.

c) Regolamento - Allegato 3 – Condizioni e modalità di erogazione delle rendite: adozione della base demografica A62I, in sostituzione dell’attuale IPS55U, per la conversione in rendita della posizione individuale, con tasso tecnico a 0,00% e spese di erogazione pari a 1,25%, di seguito i nuovi coefficienti:

Nuovi Coefficienti di conversione del capitale assicurato in una rendita annua vitalizia immediata
FRAZIONAMENTO RENDITA

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

Rendita annua per 1.000 euro di capitale assicurato

d) Regolamento - Allegato 4 – Condizioni delle prestazioni assicurative accessorie: introduzione delle nuove condizioni della copertura Critical Illness e Premorienza in sostituzione delle precedenti coperture caso morte ed invalidità. In allegato anticipiamo le condizioni della copertura che saranno disponibili dalla data del **15/07/2016**.

Altra novità, che sarà riportata in Nota Informativa, è relativa alla gestione del comparto garantito:

- ✓ L'attuale benchmark finanziario di riferimento sarà sostituito da un benchmark di tipo economico, con l'obiettivo di replicare il rendimento del TFR.

Per ulteriori dettagli potrà consultare il nuovo fascicolo informativo che sarà disponibile dal **15/07/2016** presso il sito internet della Compagnia e le filiali della Banca.

La **Filiale** della Sua banca ed il nostro **Smart Center** sono a Sua disposizione per ulteriori informazioni o eventuali chiarimenti.

Cordiali saluti.

Roma, 15 marzo 2016

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.
L'Amministratore Delegato
(Frédéric de Courtois)

ALLEGATO N. 4
CONDIZIONI DELLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA ACCESSORIA
IN CASO DI MALATTIE GRAVI E PREMORIENZA

Art. 1 Prestazioni assicurate

1. Le prestazioni assicurate, in conformità a quanto previsto dall'art.15, 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.

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".

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

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.

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 tacita 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

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.

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

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, Gbilterra, 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.);

I) 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.

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.

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

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.

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

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.

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 accettare 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.

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.

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.

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

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.

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.

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

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

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.

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

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.

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.

Per attivare la garanzia assicurativa accessoria, ogni contributo minimo versato al Fondo Pensione è fissato in € 150,00, pari ad un importo minimo di € 15,00 nel caso di Aderente "non fumatore" e di € 22,50 nel caso di Aderente "fumatore".

L'importo massimo annuo del premio assicurativo è fissato nel caso di Aderente "non fumatore" ad € 516,40, ovvero ad € 774,60 nel caso di Aderente "fumatore".

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. 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"

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, 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

Il capitale massimo assicurabile è pari ad € 70.000,00. Maturato tale importo, la Compagnia sosponderà 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.

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.

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.

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"

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

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 anatomo-patologo.

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 conseguenza 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 sottoperso 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 hematopoietiche 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

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.

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, 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.

Il capitale massimo assicurabile è pari ad € 70.000. Maturato tale importo, la Compagnia sosponderà 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.

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

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

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.

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 remunerà il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. 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

Il contratto non prevede riscatti.

Sezione 2 - Condizioni speciali di carenza

CONTRATTI CONCLUSI SENZA VISITA MEDICA

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.

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 constabili, che abbiano come conseguenza la morte.

CONTRATTI CONCLUSI CON VISITA MEDICA

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.

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.