



Nuova Mare

Contratto Unit Linked a premio ricorrente con Garanzie Complementari

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- scheda sintetica;
- nota informativa;
- condizioni di assicurazione comprensive di:
 - regolamento dei fondi interni assicurativi: Aviva New BDM Corallo - Aviva New BDM Stella Marina – Aviva New BDM Tritone;
- glossario;
- informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- modulo di proposta-certificato.

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA-CERTIFICATO.

SOMMARIO

1. SCHEDA SINTETICA	pag.	3
2. NOTA INFORMATIVA	pag.	8
3. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI:	pag.	35
3.1 COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO RELATIVO ALLA GARANZIA MORTE	pag.	47
3.2 REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI AVIVA NEW BDM CORALLO, AVIVA NEW BDM STELLA MARINA, AVIVA NEW BDM TRITONE,	pag.	48
3.3 CONDIZIONI DELLE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE COMPRENSIVE DI:	pag.	55
3.3.1 NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE COMPLEMENTARI	pag.	55
3.3.2 CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE: • COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) • MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRENSIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE	pag.	56
3.3.3 CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE	pag.	59
3.3.4 COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE	pag.	63
4. GLOSSARIO	pag.	65
5. INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA	pag.	68
6. MODULO DI PROPOSTA-CERTIFICATO	pag.	73

1. SCHEDA SINTETICA

NUOVA MARE

ATTENZIONE:

LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

La presente Scheda sintetica non sostituisce la Nota informativa. Essa mira a dare al Contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto.

1. INFORMAZIONI GENERALI

1.a) IMPRESA DI ASSICURAZIONE

AVIVA LIFE S.p.A. Compagnia del Gruppo AVIVA Plc (in seguito Gruppo AVIVA).

1.b) DENOMINAZIONE DEL CONTRATTO

NUOVA MARE (Tariffa U8S).

1.c) TIPOLOGIA DEL CONTRATTO

Il Contratto NUOVA MARE appartiene alla tipologia di assicurazioni sulla vita di tipo "Unit Linked". Le prestazioni previste dal Contratto sono espresse in quote di uno o più Fondi Interni Assicurativi, il cui valore dipende dalle oscillazioni di prezzo delle attività finanziarie di cui le quote sono rappresentazione. **Pertanto il Contratto comporta rischi finanziari per il Contraente riconducibili all'andamento del valore delle quote.**

1.d) DURATA

La durata del Contratto è vitalizia, vale a dire coincide con la vita dell'Assicurato.

La durata pagamento premi non può essere inferiore a 10 anni.

È possibile esercitare il diritto di riscatto trascorso un anno dalla data di decorrenza del Contratto.

1.e) PAGAMENTO DEI PREMI

Il Contratto è a premi ricorrenti con possibilità di versamenti aggiuntivi.

Il premio ricorrente si può versare in un'unica soluzione annuale o con frazionamenti mensile.

L'importo minimo del premio:

– in caso di versamento annuale è pari a Euro 1.200,00;

– in caso di versamento mensile è pari a Euro 100,00;

L'importo minimo del versamento aggiuntivo è pari a Euro 600,00.

L'importo massimo del premio:

– in caso di versamento annuale è pari a Euro 18.000,00;

– in caso di versamento mensile è pari a Euro 1.500,00.

2. CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Il Contratto Unit Linked offre al Contraente la possibilità di investire i premi nei mercati finanziari in base al proprio profilo di rischio attraverso lo strumento assicurativo.

Il Contraente infatti ha la possibilità di scegliere il/i Fondo/i Interno/i Assicurativo/i più adatto/i, indirizzando i propri risparmi in attività gestite in maniera attiva.

Inoltre questo contratto offre specifiche Garanzie Assicurative quali una copertura assicurativa aggiuntiva per il caso di premorienza o la possibilità di abbinare alcune Garanzie Complementari che riconoscono un capitale predefinito che tutela l'Assicurato in caso di Malattia Grave o Invalidità Permanente o Malattia Grave comprensiva di Invalidità Permanente.

Una parte del premio ricorrente versato viene utilizzata dalla Società per far fronte ai costi del Contratto e pertanto tale parte, non concorre alla formazione della prestazione assicurata.

Per far fronte ai rischi demografici previsti dal Contratto (rischio di mortalità ed eventualmente rischio di malattia grave o di invalidità o rischio di malattia grave comprensiva di invalidità) dalla terza ricorrenza mensile del Contratto, viene detratto dal Conto Quote con cadenza mensile il controvalore, convertito in numero di quote, del costo relativo alla maggiorazione per la garanzia morte e per l'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa abbinata al Contratto.

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE

Il Contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

a) Prestazioni in caso di vita:

Bonus fedeltà: in caso di vita dell'Assicurato alla 10°, 15°, 20° e 25° ricorrenza annua, a condizione che il Contratto sia in regola con il pagamento del premio, è previsto il pagamento al Contraente di un bonus sottoforma di maggiorazione del numero di quote;

b) Prestazione in caso di decesso:

Capitale: in caso di decesso dell'Assicurato è previsto il pagamento del capitale caso morte ai Beneficiari designati dal Contraente nella Proposta-Certificato;

c) Prestazione in caso di malattia grave:

Capitale: prevede il pagamento all'Assicurato del capitale assicurato nel momento in cui viene effettuata la diagnosi di malattia grave dell'Assicurato stesso;

d) Prestazione in caso di invalidità:

Capitale: prevede in caso di infortunio/malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza un'invalidità totale e permanente di grado superiore al 66% il pagamento all'Assicurato di una indennità sotto forma di capitale;

e) Opzioni Contrattuali:

- Opzione da valore di riscatto in rendita vitalizia rivalutabile: prevede la conversione del valore di riscatto totale in una rendita vitalizia rivalutabile pagabile fino a che l'Assicurato è in vita;
- Opzione da valore di riscatto in rendita certa e poi vitalizia rivalutabile: prevede la conversione del valore di riscatto totale in una rendita pagabile in modo certo per i primi 5 o 10 anni e successivamente fino a che l'Assicurato è in vita;
- Opzione da valore di riscatto in rendita reversibile rivalutabile: prevede la conversione del valore di riscatto totale in una rendita vitalizia pagabile fino al decesso dell'Assicurato e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di una persona fino a che questa è in vita.

Maggiori informazioni sono fornite in Nota Informativa alla sezione B. In ogni caso le prestazioni assicurative sono regolate dall'Art. 3 "PRESTAZIONI ASSICURATE" e dall'Art. 5 "BONUS FEDELTA'" dall'Art. 23 "OPZIONI CONTRATTUALI CONVERSIONE DEL VALORE DI RISCATTO IN RENDITA" e dal punto 3.3 "CONDIZIONI DELLE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE" delle Condizioni di Assicurazione.

4. RISCHI FINANZIARI A CARICO DEL CONTRAENTE

La Società non offre alcuna garanzia di capitale o di rendimento minimo. Pertanto il Contratto comporta rischi finanziari per il Contraente riconducibili all'andamento del valore delle quote.

La Società non attua alcun piano di allocazione per conto del Contraente.

4.a) RISCHI FINANZIARI A CARICO DEL CONTRAENTE

- a) ottenere un valore di riscatto inferiore ai premi versati;
- b) ottenere un capitale in caso di morte dell'Assicurato inferiore ai premi versati.

4.b) PROFILO DI RISCHIO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Il Contratto presenta dei profili di rischio finanziario e orizzonti minimi consigliati di investimento diversi in funzione di ciascun Fondo Interno Assicurativo prescelto dal Contraente.

Nella successiva tabella è riportato, in base alla classificazione indicata dall'ISVAP, il profilo di rischio dei Fondi Interni Assicurativi a cui le prestazioni possono essere collegate.

FONDO INTERNO ASSICURATIVO	PROFILO DI RISCHIO					
	BASSO	MEDIO BASSO	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO	MOLTO ALTO
AVIVA NEW BDM CORALLO	X					
AVIVA NEW BDM STELLA MARINA		X				
AVIVA NEW BDM TRITONE			X			

5. COSTI

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

I costi gravanti sui premi e quelli prelevati dal Fondo riducono l'ammontare delle prestazioni. Per fornire un'indicazione complessiva dei costi che gravano a vario titolo sul Contratto viene di seguito riportato, secondo i criteri stabiliti dall'ISVAP, l'indicatore sintetico "Costo Percentuale Medio Annuo".

Il "Costo Percentuale Medio Annuo" indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il potenziale tasso di rendimento del Contratto rispetto a quello di una analoga operazione che ipoteticamente non fosse gravata da costi.

A titolo di esempio, se ad una durata dell'operazione assicurativa pari a 10 anni il "Costo percentuale Medio Annuo" è pari all'1%, significa che i costi complessivamente gravanti sul Contratto riducono il potenziale tasso di rendimento nella misura dell'1% per ogni anno di durata.

Il predetto indicatore ha una valenza orientativa in quanto calcolato su livelli prefissati di premio e durate, sugli specifici Fondi di seguito rappresentati ed impiegando un'ipotesi di rendimento del Fondo che è soggetta a discostarsi dai dati reali.

Il dato non tiene conto degli eventuali costi di sostituzione Fondi Interni Assicurativi gravanti sui Fondi Interni Assicurativi, in quanto elementi variabili dipendenti dall'attività gestionale e dalle possibili opzioni esercitabili a discrezione del Contraente.

Il "Costo percentuale medio annuo" è calcolato con riferimento al premio della prestazione principale e non tiene pertanto conto dei premi delle eventuali Garanzie Complementari.

Il "Costo percentuale medio annuo" è stato determinato sulla base di un'ipotesi di tasso di rendimento degli attivi stabilito dall'ISVAP nella misura del 4% annuo ed al lordo dell'imposizione fiscale.

Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM CORALLO (*profilo di rischio basso*)

Premio Ricorrente
Euro 1.200,00
Età: Qualunque
Durata: vita intera

DURATA DELL' OPERAZIONE ASSICURATIVA	COSTO PERCENTUALE MEDIO ANNUO
5	3,15%
10	2,63%
15	2,24%
20	2,11%
25	2,06%

Premio Ricorrente
Euro 1.500,00
Età: Qualunque
Durata: vita intera

DURATA DELL' OPERAZIONE ASSICURATIVA	COSTO PERCENTUALE MEDIO ANNUO
5	2,89%
10	2,50%
15	2,16%
20	2,06%
25	2,02%

Premio Ricorrente
Euro 3.000,00
Età: Qualunque
Durata: vita intera

DURATA DELL' OPERAZIONE ASSICURATIVA	COSTO PERCENTUALE MEDIO ANNUO
5	2,88%
10	2,45%
15	2,12%
20	2,02%
25	1,99%

Il "Costo percentuale medio annuo" in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare

significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno, per l'applicazione delle penali di riscatto previste.

Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM TRITONE (*profilo di rischio medio*)

Premio Ricorrente
Euro 1.200,00
Età: Qualunque
Durata: vita intera

Premio Ricorrente
Euro 1.500,00
Età: Qualunque
Durata: vita intera

Premio Ricorrente
Euro 3.000,00
Età: Qualunque
Durata: vita intera

DURATA DELL' OPERAZIONE ASSICURATIVA	COSTO PERCENTUALE MEDIO ANNUO
5	5,20%
10	4,69%
15	4,30%
20	4,18%
25	4,14%

DURATA DELL' OPERAZIONE ASSICURATIVA	COSTO PERCENTUALE MEDIO ANNUO
5	4,94%
10	4,56%
15	4,23%
20	4,13%
25	4,10%

DURATA DELL' OPERAZIONE ASSICURATIVA	COSTO PERCENTUALE MEDIO ANNUO
5	4,92%
10	4,51%
15	4,18%
20	4,09%
25	4,06%

Il "Costo percentuale medio annuo" in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno, per l'applicazione delle penali di riscatto previste.

6. ILLUSTRAZIONE DI ALCUNI DATI STORICI DI RENDIMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

In questa sezione è rappresentato il rendimento storico realizzato negli ultimi 3 e 5 anni dai benchmark dei Fondi Interni Assicurativi. Il benchmark è un indice composto in maniera tale da essere comparabile, in termini di composizione e di rischiosità, agli obiettivi di investimento attribuiti alla gestione dei Fondi ed a cui si può fare riferimento per confrontarne il risultato di gestione. Tale indice, in quanto teorico, non è gravato da costi.

Le predette informazioni sono integrate con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Alla data di relazione del presente Fascicolo Informativo non sono disponibili i dati storici di rendimento dei Fondi Interni Assicurativi, in quanto istituiti a maggio 2006. Pertanto, non è possibile riportare il confronto tra i rendimenti dei Fondi ed i relativi benchmark.

Rendimento medio annuo composto del benchmark		
Fondo: AVIVA NEW BDM CORALLO	Ultimi 3 anni	Ultimi 5 anni
Benchmark	2,52%	3,35%

Rendimento medio annuo composto del benchmark		
Fondo: AVIVA NEW BDM STELLA MARINA	Ultimi 3 anni	Ultimi 5 anni
Benchmark	7,37%	2,22%

Rendimento medio annuo composto del benchmark		
Fondo: AVIVA NEW BDM TRITONE	Ultimi 3 anni	Ultimi 5 anni
Benchmark	11,12%	0,75%

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

Tasso medio d'inflazione	
Ultimi 3 anni	Ultimi 5 anni
1,90%	2,12%

7. DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal Contratto. Per le relative modalità leggere la sezione E della Nota Informativa.

AVIVA Life S.p.A. è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Scheda Sintetica.

Il Rappresentante Legale
CESARE BRUGOLA



2. NOTA INFORMATIVA

NUOVA MARE

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

La Nota Informativa si articola in sei sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SUI RISCHI FINANZIARI
- C. INFORMAZIONI SUI FONDI A CUI SONO COLLEGATE LE PRESTAZIONI ASSICURATIVE
- D. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- E. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- F. DATI STORICI SUI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ

1. INFORMAZIONI GENERALI

AVIVA Life S.p.A, Compagnia del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Viale Abruzzi n. 94 – 20131 Milano – Italia.

Numero di telefono: 02/27751 - sito internet: www.avivaitalia.it -

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzione_vita@avivaitalia.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni_vita@avivaitalia.it

AVIVA Life S.p.A è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale N. 19305 del 31/3/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 82 del 07/04/1992).

La Società di Revisione è Reconta Ernst & Young S.p.A. con sede in Via della Chiusa, 2 – 20123 MILANO.

2. CONFLITTO DI INTERESSI

AVIVA Life S.p.A, Società che commercializza il presente Contratto, è partecipata al 50 per cento da Banca Marche S.p.A. ed al 50 per cento da Aviva Italia Holding S.p.A.. Il prodotto viene distribuito da Banca Marche S.p.A. e da Cassa di Risparmio di Loreto S.p.A., entrambe facenti parte del Gruppo Banca Marche.

È prevista la possibilità di investire in OICR e altri strumenti finanziari promossi o gestiti da imprese appartenenti al Gruppo Aviva PLC o da Società del Gruppo Banca Marche S.p.A.

La società si impegna in ogni caso, pur in presenza di conflitto di interessi, a non recare pregiudizio ai Contraenti.

Le eventuali utilità derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Compagnia in virtù di accordi con soggetti terzi saranno interamente riconosciute a favore dei Fondi Interni.

Il valore monetario di tali utilità sarà annualmente quantificato nel rendiconto annuale del Fondo Interno Assicurativo ed ogni anno potrà variare in funzione del diverso peso degli OICR appartenenti al comparto azionario, obbligazionario e monetario all'interno del Fondo Interno Assicurativo stesso.

Nel caso in cui tali riconoscimenti di utilità subiscano variazioni sostanziali in senso sfavorevole per il Fondo Interno Assicurativo, la Società adotterà tutte le soluzioni più idonee al fine di neutralizzare le conseguenze economiche di tali variazioni. Aviva Life si impegna ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di accordi per il riconoscimento di utilità.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SUI RISCHI FINANZIARI

3. RISCHI FINANZIARI

Il Contratto si caratterizza come appartenente alla più generale categoria delle assicurazioni sulla vita di tipo “unit linked”, per le quali la prestazione è collegata (linked) al valore unitario delle quote (units) dei Fondi Interni Assicurativi costituiti dalla Società.

Il patrimonio di ciascun Fondo Interno Assicurativo, separato dal patrimonio complessivo della Società, viene ripartito in quote di pari valore attribuite al Contraente in funzione dei premi versati dallo stesso, destinati ad uno dei Fondi Interni Assicurativi abbinati al Contratto.

La Società investe le disponibilità di ciascun Fondo Interno Assicurativo in attività finanziarie di vario genere, appartenenti al comparto monetario, al comparto obbligazionario ed al comparto azionario (mantenendo comunque sempre una quota di liquidità), sulla base delle decisioni finanziarie dettate dall'andamento dei mercati e nel rispetto degli obiettivi, dei criteri e dei limiti fissati dal Regolamento che disciplinano i Fondi Interni Assicurativi stessi e che viene riportato nelle Condizioni di Assicurazione contenute nel presente Fascicolo Informativo.

Pertanto, l'entità delle prestazioni che la Società deve corrispondere varia in funzione delle oscillazioni del valore unitario delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo selezionato, le quali a loro volta dipendono dalle oscillazioni di prezzo delle attività finanziarie di cui le stesse sono rappresentazione.

In conseguenza di quanto appena indicato, il Contratto può presentare una serie di rischi di natura finanziaria connessi all'investimento effettuato. Infatti, nel corso della durata contrattuale non può escludersi una perdita di valore delle prestazioni ed il non pieno recupero dei premi corrisposti, a causa delle possibili oscillazioni negative del valore unitario delle quote del Fondo Interno Assicurativo selezionato.

Di seguito sono indicati i rischi finanziari a cui viene esposto l'investimento di ciascun Fondo Interno Assicurativo; questi variano al variare dei differenti criteri di investimento propri del Fondo stesso e comunque indirettamente quale effetto della sottoscrizione, qualora prevista, di quote di OICR:

- il **rischio di prezzo**, tipico dei titoli di capitale (es. azioni), collegato alla variabilità dei loro prezzi; a questo proposito va segnalato che i prezzi risentono sia delle aspettative dei mercati sulle prospettive di andamento economico degli emittenti (**rischio specifico**), sia delle fluttuazioni dei mercati nei quali i titoli sono negoziati (**rischio sistematico**);
- il **rischio di interesse**, tipico dei titoli di debito (es. obbligazioni), collegato alla variabilità dei loro prezzi derivante dalle fluttuazioni dei tassi di interesse di mercato;
- il **rischio di controparte**, tipico dei titoli di debito, connesso all'eventualità che l'emittente, per effetto di un deterioramento della sua solidità patrimoniale, non sia in grado di pagare l'interesse o di rimborsare il capitale;
- il **rischio di liquidità**, correlato all'attitudine di uno strumento finanziario a trasformarsi prontamente in moneta senza perdita di valore;
- il **rischio di cambio**, per le attività denominate in valute diverse dall'Euro.

È importante sottolineare che il presente Contratto non consente di consolidare, di anno in anno, i risultati economici conseguiti e che nel corso della durata contrattuale, il rischio conseguente alle possibili oscillazioni del valore unitario delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurato rimane a totale carico del Contraente.

Il presente Contratto non prevede, inoltre, alcuna garanzia finanziaria offerta dalla Società.

4. INFORMAZIONI SULL'IMPIEGO DEI PREMI

I premi ricorrenti e gli eventuali versamenti aggiuntivi, al netto dei relativi costi, verranno impiegati in quote di uno o più Fondi Interni Assicurativi della Società, con successivo acquisto di quote di OICR, o in altri strumenti finanziari, emessi o garantiti da Stati appartenenti alla zona A ai sensi della direttiva 200/12/CEE del 20 marzo 2000.

Il Contraente ha la possibilità di investire i premi ricorrenti e gli eventuali versamenti aggiuntivi in uno o più Fondi Interni Assicurativi, tra quelli abbinati al presente Contratto.

Una parte del premio ricorrente versato viene utilizzata dalla Società per far fronte ai costi del Contratto e pertanto tale parte, non concorre alla formazione della prestazione assicurata.

Per far fronte ai rischi demografici previsti dal Contratto (rischio di mortalità ed eventualmente rischio di malattia grave o di invalidità o rischio di malattia grave comprensiva di invalidità) dalla terza ricorrenza mensile del Contratto, viene detratto dal Conto Quote con cadenza mensile il controvalore, convertito in numero di quote, del costo relativo alla maggiorazione per la garanzia morte e per l'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa abbinata al Contratto.

La Società trasmette al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa con indicazione del numero delle quote eventualmente trattenute nell'anno di riferimento per il premio relativo alle Garanzie Complementari.

5. PRESTAZIONI ASSICURATE

Le prestazioni assicurative indicate di seguito sono operanti per tutta la durata del Contratto.

Nell'ambito di questo Contratto occorre distinguere tra:

- DURATA DEL CONTRATTO: - intendendosi per tale l'arco di tempo durante il quale sono operanti le prestazioni assicurate – è vitalizia, vale a dire commisurata alla vita dell'Assicurato.
- DURATA PAGAMENTO PREMI: - intendendosi per tale il periodo di versamento del premio – che viene scelto all'atto della sottoscrizione della Proposta-Certificato e non può comunque essere inferiore a dieci anni.

In ogni caso, trascorso un anno dalla data di decorrenza del Contratto, è fatta salva la facoltà del Contraente di richiedere la risoluzione anticipata del Contratto e la liquidazione del valore di riscatto nei termini e secondo le modalità indicate al successivo punto 16 "RISCATTO".

La Società a fronte del versamento di premi ricorrenti si impegna a corrispondere:

- una prestazione in caso di decesso dell'Assicurato in qualsiasi epoca esso avvenga, come indicato al successivo punto 5.1 "PRESTAZIONE ASSICURATA IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO";
- un bonus fedeltà, come indicato al successivo punto 5.2 "BONUS FEDELTA'";

Il Contratto prevede la possibilità di includere facoltativamente una delle seguenti Garanzie Complementari Facoltative:

- copertura malattie gravi (dread disease)
- invalidità totale e permanente
- copertura malattie gravi (dread disease) comprensiva della copertura di invalidità totale e permanente descritte al successivo punto 5.3 "GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE".

5.1 PRESTAZIONE ASSICURATA IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato – in qualsiasi epoca esso avvenga, qualunque ne sia la causa, senza limiti territoriali, senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso e **con i limiti indicati all'Art. 4 "LIMITAZIONI DELLA MAGGIORAZIONE PER LA GARANZIA CASO MORTE" delle Condizioni di Assicurazione** - la Società corrisponde, ai Beneficiari designati, una prestazione ottenuta come somma dei seguenti due importi:

- a) il controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, calcolato moltiplicando il numero delle quote per il valore unitario delle stesse del primo giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione per decesso, da parte della Società;
- b) la maggiorazione per la Garanzia Morte pari all'1% del controvalore delle quote calcolato come indicato al punto a).

La misura di Maggiorazione per la Garanzia Morte di cui al punto b) non viene applicata qualora il decesso dell'Assicurato:

- a) avvenga **entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del Contratto** - indicata di seguito - e non sia conseguenza diretta di un infortunio o di malattie infettive acute o di shock anafilattico;
- b) avvenga **entro i primi cinque anni dalla data di decorrenza del Contratto** e sia dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata;
- c) sia causato da dolo del Contraente o dei Beneficiari, partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, fatti di guerra, incidente di volo, stato di ubriachezza, uso di stupefacenti o suicidio (**quest'ultimo se avvenuto nei primi due anni dalla data di decorrenza del Contratto**).

La prestazione in caso di decesso potrebbe risultare inferiore alla somma dei versamenti effettuati sia per effetto, nel corso della durata contrattuale, del deprezzamento delle attività finanziarie di cui le quote sono rappresentazione, sia per l'applicazione delle spese indicate al punto 10 "COSTI" che segue.

Non esiste inoltre alcun valore minimo garantito dalla Società per la prestazione in caso di decesso. Il rischio connesso all'andamento negativo del valore delle quote non viene assunto da AVIVA Life S.p.A. ma rimane a carico del Contraente.

5.2 BONUS FEDELTA'

Trascorsi dieci anni dalla data di decorrenza del contratto e con frequenza quinquennale, purchè il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi, verrà riconosciuto dalla Società un bonus fedeltà come maggiorazione del controvalore delle quote delle date di ricorrenza annuale indicate nella seguente tabella. Il valore di tali maggiorazioni è ottenuto applicando al controvalore delle quote della ricorrenza annua le percentuali sotto indicate:

RICORRENZA ANNUA	% DA APPLICARE
10 ^a	2,0%
15 ^a	1,0%
20 ^a	0,5%
25 ^a	0,5%

5.3 GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

All'atto della sottoscrizione della Proposta-Certificato il Contraente può abbinare al Contratto una delle Garanzie Complementari di seguito descritte.

La Garanzia Complementare prescelta dal Contraente da diritto alla corresponsione all'Assicurato di un capitale aggiuntivo, prescelto dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato che può essere pari ai seguenti importi:

- per Assicurati di età fino a 50 anni: Euro 25.000,00, Euro 50.000,00, Euro 75.000,00 o Euro 100.000,00;
- per Assicurati di età da 51 a 60 anni: Euro 25.000,00 o Euro 50.000,00;

La Garanzia Complementare prescelta avrà efficacia a partire dalla terza ricorrenza mensile del Contratto fatto salvo quanto disposto dal successivo punto 13.4 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA" e con i limiti indicati:

- all'Art. 5 "ESCLUSIONI" delle CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE: COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) - COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRENSIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE" di cui al punto 3.3.2 delle Condizioni di Assicurazione;
- all'4 "ESCLUSIONI" delle CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE" di cui al punto 3.3.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Per tutte le Garanzie Complementari è previsto un obbligo di denuncia dell'evento assicurato e un successivo accertamento dell'evento stesso da parte della Società.

Dalla posizione individuale del Contraente a partire dalla terza ricorrenza mensile del Contratto, viene detratto mensilmente da parte della Società il controvalore, convertito in numero di quote, del costo per la Garanzia Complementare prescelta.

La Garanzia Complementare:

- viene prestata sino al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato;
- non può essere modificata in corso di contratto;
- può essere sospesa. Il Contraente dovrà comunicare la propria volontà di voler sospendere la Garanzia Complementare almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale rivolgendosi direttamente al Soggetto Incaricato. Dopo che la Garanzia Complementare è stata sospesa non può più essere riattivata.

Al Contratto è possibile abbinare una delle seguenti Garanzie Complementari:

- GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE)
A fronte di tale copertura, la Società garantisce all'Assicurato l'erogazione di un capitale aggiuntivo, di un importo pari a quelli precedentemente riportati qualora venga accertata, prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, una delle seguenti malattie: ictus, tumore, attacco cardiaco, trapianti di organi principali, by-pass aortocoronarico, insufficienza renale. Per la definizione di tali malattie e dei limiti della garanzia si rimanda all'Art. 2 "DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE" delle specifiche Condizioni delle Garanzie Complementari al punto 3.3.2 delle Condizioni di Assicurazione.
- GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE
Questa garanzia dà diritto alla corresponsione di un capitale aggiuntivo di un importo pari a quelli precedentemente riportati in caso di insorgenza di una invalidità totale e permanente da malattia o infortunio pari o superiore al 66%. Tale misura è stabilita dalla tabella INAIL di valutazione del grado di invalidità permanente riportata all'Art. 2 "DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ" delle specifiche Condizioni delle Garanzie Complementari al punto 3.3.3 delle Condizioni di Assicurazione.
- GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRESIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE
A fronte di tale copertura, la Società garantisce all'Assicurato l'erogazione di un capitale aggiuntivo, di un importo pari a quelli precedentemente riportati qualora venga accertata, prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, una delle seguenti malattie: ictus, tumore, attacco cardiaco, trapianti di organi principali, by-pass aortocoronarico, insufficienza renale, invalidità totale e permanente. Per la definizione di tali malattie e dei limiti della garanzia si rimanda all'Art. 2 "DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE" delle specifiche Condizioni delle Garanzie Complementari al punto 3.3.2 delle Condizioni di Assicurazione. La presente assicurazione è comprensiva anche dell'assicurazione di invalidità totale permanente da infortunio o da malattia.

6. VALORE DELLA QUOTA

Il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi si ottiene dividendo il patrimonio netto giornaliero di ciascun Fondo Interno Assicurativo per il numero delle quote in cui è ripartito alla stessa data il Fondo Interno Assicurativo stesso.

Il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi viene determinato giornalmente dalla Società, al netto di qualsiasi onere a carico dei Fondi come indicato al successivo punto 10.2 "COSTI GRAVANTI SUL FONDO INTERNO ASSICURATIVO" e all'Art. 10 "SPESE GRAVANTI SUL FONDO INTERNO ASSICURATIVO" del Regolamento del Fondo Interno Assicurativo.

Nei giorni di calendario in cui - per qualsiasi ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, la Società considera come valore unitario delle quote quello risultante il primo giorno di rilevazione successivo.

Il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi è pubblicato giornalmente sul quotidiano "IL SOLE 24 ORE" e sul sito internet www.avivaitalia.it.

La Società si riserva la possibilità di scegliere, previo avviso al Contraente, un diverso quotidiano su cui pubblicare il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi.

Il controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi viene calcolato:

- relativamente alla prestazione assicurata in caso di decesso, sulla base del valore unitario delle quote del primo giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione per decesso, da parte della Società;
- relativamente al bonus fedeltà sulla base del valore unitario delle quote della 10°, 15°, 20° e 25° ricorrenza annua;
- relativamente al valore di riscatto, sulla base del valore unitario delle quote del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione per riscatto, da parte della Società.

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

- la data in cui il Contraente firma il Modulo di richiesta liquidazione presso il Soggetto Incaricato, riportata in calce al Modulo stesso;

oppure

- in caso di invio della richiesta di liquidazione direttamente alla Società la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte della Società.

7. OPZIONI CONTRATTUALI

Al termine della durata pagamenti premi, il Contraente ha la possibilità di richiedere di convertire il valore del riscatto in una delle seguenti forme di rendita erogabili in modo posticipato:

- a) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile fino a che l'Assicurato sia in vita;
- b) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in modo certo nei primi cinque anni o dieci anni e, successivamente, fino a che l'Assicurato sia in vita;
- c) una rendita annua vitalizia rivalutabile, su due teste, quella dell'Assicurato (prima testa) e quella di un altro soggetto (seconda testa), pagabile fino al decesso dell'Assicurato, e successivamente in misura totale o parziale fino a che sia in vita l'altro soggetto (seconda testa).

La conversione del valore di riscatto in rendita viene concessa a condizione che:

- l'importo della rendita non sia inferiore a 3.000,00 Euro annui;
- l'Assicurato all'epoca della conversione non superi gli 85 anni di età.

La Società si impegna ad inviare entro trenta giorni dalla data della richiesta di conversione una descrizione sintetica di tutte le opzioni esercitabili in caso di riscatto del Contratto, con evidenza dei relativi costi e condizioni economiche che risulteranno in vigore all'epoca della conversione del valore del riscatto in rendita.

Il Contraente ha 30 giorni di tempo dalla data di ricevimento delle informazioni sulle opzioni per decidere di convertire il valore di riscatto in rendita.

Decorso tale termine le condizioni di conversione decadono automaticamente. In caso di conferma di conversione la Società si impegna a trasmettere, la Scheda Sintetica, la Nota informativa e le Condizioni di Assicurazione relative alla rendita di opzione scelta dall'avente diritto contenente le modalità per la sua rivalutazione annuale.

C. INFORMAZIONI SUL FONDO INTERNO ASSICURATIVO A CUI SONO COLLEGATE LE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

8. FONDI INTERNI ASSICURATIVI

La Società ha istituito e gestisce portafogli di strumenti finanziari e di altre attività finanziarie denominati Fondi Interni Assicurativi: AVIVA NEW BDM CORALLO, AVIVA NEW BDM STELLA MARINA e AVIVA NEW BDM TRITONE.

Essi costituiscono, ciascuno, patrimonio separato rispetto al patrimonio della Società ed a quello di ogni altro Fondo Interno Assicurativo dalla stessa gestito e sono disciplinati da uno specifico Regolamento riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

Tali Fondi Interni Assicurativi, le cui caratteristiche sono riportate di seguito, sono destinati a tutti coloro che hanno sottoscritto con la Società il presente Contratto e scelto di allocare la quota dell'importo dei premi corrisposti - al netto dei caricamenti dovuti - in uno o più di questi Fondi Interni Assicurativi.

La principale finalità dei Fondi Interni Assicurativi è quella di realizzare l'incremento delle somme conferite agli stessi.

Distintamente per ciascun Fondo Interno Assicurativo il grado di rischio dipende in larga misura dalla composizione del portafoglio dello stesso e, in particolare, dalle oscillazioni che si registrano nel valore unitario delle quote degli OICR in cui sono eventualmente investite le disponibilità allocate nello stesso, nonché dall'eventuale rischio di cambio.

Nella gestione potrà essere fatto ricorso all'utilizzo di strumenti derivati, qualora utili a proteggere il valore dell'investimento. L'eventuale utilizzo di strumenti finanziari derivati è ammesso per soli fini di copertura o al fine di realizzare una gestione efficace del portafoglio di ciascun Fondo Interno Assicurativo nel rispetto comunque delle disposizioni introdotte dal provvedimento ISVAP nr 297/1996 e sue successive modifiche.

In merito al ricorso a tali strumenti finanziari, si informa che la normativa assicurativa vieta l'utilizzo degli strumenti finanziari derivati a fini speculativi.

La Società si riserva di affidare la gestione dei Fondi Interni Assicurativi e le relative scelte di investimento a qualificate Società di Gestione del Risparmio nel quadro dei criteri di allocazione del patrimonio da essa predefiniti, attraverso un adeguato e sistematico servizio di asset allocation.

Alla data di redazione della presente Nota Informativa, la Società ha scelto di non delegare l'attività di gestione dei Fondi Interni Assicurativi.

La Società ha comunque l'esclusiva responsabilità nei confronti dei Contraenti per l'attività di gestione dei Fondi. Ciascun Fondo Interno Assicurativo è annualmente sottoposto a verifica contabile da parte di una Società di Revisione iscritta all'Albo di cui all'articolo 161 del D. Lgs. 24 febbraio 1998 n. 58 e successive modifiche, che attesta la rispondenza della gestione al relativo Regolamento e certifica l'adeguatezza delle attività gestite rispetto agli impegni assunti sulla base delle riserve matematiche, nonché la corretta valorizzazione delle quote.

La Società di Revisione dei Fondi Interni Assicurativi è Reconta Ernst & Young S.p.A. con sede in Via della Chiusa, 2 - 20123 MILANO. Di seguito vengono descritte le principali caratteristiche di ciascun Fondo Interno Assicurativo collegato al Contratto:

8.1 FONDO INTERNO ASSICURATIVO AVIVA NEW BDM CORALLO

- a) denominazione: AVIVA NEW BDM CORALLO
- b) data di inizio operatività: 1° Marzo 2006
- c) categoria: obbligazionario puro
- d) valuta di denominazione: Euro
- d) finalità: consentire una graduale crescita nel tempo del valore delle quote del Fondo Interno Assicurativo, salvaguardando il capitale dalle oscillazioni dei mercati finanziari mediante investimenti esclusivamente concentrati nel comparto obbligazionario e monetario
- f) orizzonte temporale minimo consigliato: breve termine, equivalente a tre anni
- g) profilo di rischio del Fondo:basso
- h) composizione: la caratteristica principale del Fondo Interno Assicurativo è quella di investire gli attivi detenuti dalla Società in quote di Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio (OICR), sia di diritto comunitario che di diritto estero (armonizzati UE) che soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva 85/611/CEE. Gli OICR utilizzati avranno le seguenti caratteristiche: possono essere denominati in Euro, dollari statunitensi e Yen Giapponesi, non distribuiscono proventi e sono diversificati per classi di investimento, area geografica e altri fattori di rischio, permettendo in tal modo l'efficiente gestione del portafoglio in funzione dell'asset allocation definita

Di seguito si indica la ripartizione percentuale degli attivi del Fondo Interno Assicurativo nei diversi comparti:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
LIQUIDITÀ	0%	10%
MONETARIO	0%	60%
OBBLIGAZIONARIO	50%	100%

- i) stile di gestione adottato: lo stile di gestione adottato è volto a consentire la crescita graduale del valore della quota nel tempo preservando il Fondo dalle oscillazioni dei mercati azionari, mediante investimenti esclusivamente orientati al comparto obbligazionario e monetario. Il processo di investimento è di tipo multi - management, in virtù del quale si selezioneranno OICR di primarie società di gestione ad elevata potenzialità di crescita. Gli OICR del comparto obbligazionario investono nei mercati obbligazionari dell'area Euro sfruttando le opportunità di crescita della parte a medio-lungo termine della curva dei tassi. Gli investimenti del comparto monetario investono sulla parte a breve termine della curva dei tassi area Euro
- j) il benchmark adottato nella gestione del Fondo AVIVA NEW BDM CORALLO è composto da:
- 25% Merrill Lynch Euro Govt Bill
 - 50% Merrill Lynch Emu Direct 1-3Y
 - 25% Merrill Lynch Emu Direct 1-5Y

8.2 FONDO INTERNO ASSICURATIVO AVIVA NEW BDM STELLA MARINA

- a) denominazione: AVIVA NEW BDM STELLA MARINA
- b) data di inizio operatività: 1° Marzo 2006
- c) categoria: Bilanciato
- d) valuta di denominazione: Euro
- e) finalità: consentire una graduale crescita nel tempo del valore delle quote del Fondo Interno Assicurativo, mediante investimenti orientati sia al comparto azionario che a quello obbligazionario, con la possibile variabilità dei risultati nel tempo
- f) orizzonte temporale minimo consigliato: breve-medio termine 3-5 anni
- g) profilo di rischio del Fondo: Medio Basso
- h) composizione: la caratteristica principale del Fondo Interno Assicurativo è quella di investire gli attivi detenuti dalla Società in quote di Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio (OICR), sia di diritto comunitario che di diritto estero (armonizzati UE) che soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva 85/611/CEE. Gli OICR utilizzati avranno le seguenti caratteristiche: possono essere denominati in Euro, dollari statunitensi e Yen Giapponesi, non distribuiscono proventi e sono diversificati per classi di investimento, area geografica e altri fattori di rischio, permettendo in tal modo l'efficiente gestione del portafoglio in funzione dell'asset allocation definita.

Di seguito si indica la ripartizione percentuale degli attivi del Fondo Interno Assicurativo nei diversi comparti:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
LIQUIDITÀ	0%	10%
MONETARIO	0%	40%
OBBLIGAZIONARIO	0%	70%
AZIONARIO	30%	70%

- i) stile di gestione adottato: lo stile di gestione adottato è volto a massimizzare il rendimento del Fondo nel medio termine, attraverso una selezione combinata di OICR del comparto azionario e obbligazionario. Il processo di investimento è di tipo multi - management, in virtù del quale si selezioneranno OICR di primarie società di gestione ad elevata potenzialità di crescita. Gli investimenti del comparto obbligazionario sono principalmente rivolti verso il mercato obbligazionario area Euro, mentre la componente azionaria investe verso i mercati dell'area Euro del Nord America e dell'area Pacifico

j) il benchmark adottato nella gestione del Fondo AVIVA NEW BDM STELLA MARINA è composto da:

- 15% Merrill Lynch Euro Govt Bill
- 20% Merrill Lynch Emu Direct 1-3Y
- 15% Merrill Lynch Emu Direct 1-5Y
- 50% FTSE World

8.3 FONDO INTERNO ASSICURATIVO AVIVA NEW BDM TRITONE

a) denominazione: AVIVA NEW BDM TRITONE

b) data di inizio di operatività: 1° Marzo 2006

c) categoria: Azionario

d) valuta di denominazione: Euro

e) finalità: consentire una graduale crescita nel tempo del valore delle quote del Fondo Interno Assicurativo, mediante investimenti orientati sia al comparto azionario che a quello obbligazionario, con la possibile variabilità dei risultati nel tempo

f) orizzonte temporale minimo consigliato: medio-lungo termine, 5-7 anni

g) profilo di rischio del Fondo: Medio

h) composizione: La caratteristica principale del Fondo Interno Assicurativo è quella di investire gli attivi detenuti dalla Società in quote di Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio (OICR), sia di diritto comunitario che di diritto estero (armonizzati UE) che soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva 85/611/CEE. Gli OICR utilizzati avranno le seguenti caratteristiche: possono essere denominati in Euro, dollari statunitensi e Yen Giapponesi, non distribuiscono proventi e sono diversificati per classi di investimento, area geografica e altri fattori di rischio, permettendo in tal modo l'efficiente gestione del portafoglio in funzione dell'asset allocation definita

Di seguito si indica la ripartizione percentuale degli attivi del Fondo Interno Assicurativo nei diversi comparti:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
LIQUIDITÀ	0%	10%
MONETARIO	0%	30%
OBBLIGAZIONARIO	0%	30%
AZIONARIO	51%	100%

i) stile di gestione adottato: lo stile di gestione adottato è volto a massimizzare il rendimento del Fondo nel medio termine, attraverso investimenti principalmente rivolti al comparto azionario. Il processo di investimento è di tipo multi - management, in virtù del quale si selezioneranno OICR di primarie società di gestione ad elevata potenzialità di crescita. Gli investimenti del comparto obbligazionario sono principalmente rivolti verso il mercato obbligazionario area Euro, mentre la componente azionaria investe verso i mercati dell'area Euro del Nord America e dell'area Pacifico

l) il benchmark adottato nella gestione del Fondo AVIVA NEW BDM TRITONE è composto da:

- 10% Merrill Lynch Euro Govt Bill
- 90% FTSE World

8.4 CARATTERISTICHE COMUNI A TUTTI I FONDI INTERNI ASSICURATIVI

a) **peso percentuale degli investimenti in strumenti finanziari e in OICR istituiti o gestiti da SGR e/o da Società del Gruppo AVIVA:** attualmente sono previsti investimenti in parti di OICR o quote di Sicav promossi o gestiti da imprese appartenenti al Gruppo AVIVA o in altri strumenti finanziari emessi da Società del Gruppo AVIVA, sino ad un peso percentuale massimo del 50% degli attivi del Fondo;

- b) **limiti alla gestione degli investimenti:** in conformità a quanto disposto dalla Sezione 3, punto 2 della Circolare ISVAP 474/D come modificato dall'art. 30 comma 3 della Circolare ISVAP 551/D, il patrimonio del Fondo Interno Assicurativo non potrà essere investito in parti di uno stesso OICR armonizzato in misura superiore al 25% delle attività che costituiscono il Fondo stesso;
- c) **destinazione dei proventi:** il Fondo Interno Assicurativo non prevede la distribuzione di proventi;
- d) **modalità di valorizzazione delle quote:** il valore unitario delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo si ottiene dividendo il patrimonio netto giornaliero di ciascun Fondo Interno Assicurativo per il numero delle quote in cui è ripartito alla stessa data ciascun Fondo Interno Assicurativo. Il patrimonio netto giornaliero dei Fondi Interni Assicurativi viene determinato in base alla valorizzazione – a valori correnti di mercato – di tutte le attività di pertinenza dei Fondi, al netto di tutte le passività, comprese le spese a carico dei Fondi di cui al successivo punto 10.2 “COSTI GRAVANTI SUI FONDI INTERNI ASSICURATIVI” ed all'Art. 10 “SPESE GRAVANTI SUI FONDI INTERNI ASSICURATIVI” del Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi. Le attività e le passività di pertinenza di ciascun Fondo Interno Assicurativo sono valorizzate a valori correnti di mercato riferiti allo stesso giorno di valorizzazione delle quote o, in alternativa se tali valori non fossero disponibili (ad esempio a seguito di decisioni degli Organi di Borsa o di eventi che provochino rilevanti turbative dei mercati), al primo giorno utile precedente. Nei giorni di calendario in cui - per qualsiasi ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, la Società considererà il valore unitario delle quote del primo giorno di Borsa aperta successiva. Il valore unitario delle quote, quale risulta dal prospetto giornaliero, viene pubblicato sul quotidiano finanziario “IL SOLE 24 ORE”. La Società si riserva, previo avviso al Contraente, di modificare il giornale su cui è pubblicato il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi;
- e) **tempistica di valorizzazione delle quote:** il valore unitario delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo è determinato quotidianamente dalla Società utilizzando per la valorizzazione delle attività di pertinenza del Fondo medesimo il prezzo di mercato del secondo giorno precedente a quello di valorizzazione ad esclusione dei giorni di chiusura della Borsa valori lussemburghese o della borsa valori italiana. I prezzi utilizzati sono i prezzi di chiusura desunti dal Listino Ufficiale delle Borse valori nazionali ed internazionali.
- Nel caso in cui sopravvengono eventi che provochino rilevanti turbative dei mercati tali da comportare la sospensione, eliminazione o mancata rilevazione del valore di mercato degli Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio sottostanti i Fondi Interni Assicurativi la quotazione viene rinviata fino a quando la quotazione degli stessi si renda nuovamente disponibile. Per “Evento di Turbativa dei Mercati” si intende, con riferimento agli Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio sottostanti i Fondi Interni Assicurativi, l'esistenza di una sospensione o limitazione alle contrattazioni sul corrispondente Mercato Borsistico di Riferimento. Per completezza, resta inteso che una limitazione all'orario normale di contrattazione annunciata dal Mercato Borsistico di Riferimento, non costituirà un Evento di Turbativa dei Mercati, al contrario, una limitazione alle contrattazioni dovuta ad una fluttuazione dei prezzi che eccede i livelli permessi dalle autorità competenti costituirà un Evento di Turbativa dei Mercati.
- f) **profilo di rischio dei fondi:** il profilo di rischio viene determinato dalla Società sulla base di una serie di fattori tra i quali assumono principale rilevanza: categoria di appartenenza del fondo, volatilità delle quote del fondo o in assenza di quest'ultima del relativo benchmark, e altri fattori di rischio quali ad esempio il rischio specifico, il rischio sistematico, il rischio di controparte, il rischio di interesse, e i rischi di liquidità e valuta.

Per misurare il profilo di rischio di Fondi viene utilizzata la volatilità quale indicatore del livello di rischio insito nell'investimento associato alla variabilità dei tassi di rendimento. In via generale le classi di volatilità possono essere schematicamente rappresentate secondo la seguente tabella:

VOLATILITÀ	PROFILO DI RISCHIO
0-3%	Basso
3-8%	Medio Basso
8-14%	Medio
14-20%	Medio Alto
20-25%	Alto
>25%	Molto Alto

8.5 DESCRIZIONE DEI BENCHMARK

Il benchmark adottato per ciascun Fondo Interno Assicurativo, è un parametro di riferimento oggettivo e confrontabile, definito facendo rimando a indicatori finanziari elaborati da soggetti terzi e di comune utilizzo, coerente con i rischi connessi agli investimenti del Fondo Interno Assicurativo ed al quale vengono commisurati i risultati della gestione del Fondo stesso.

Tale parametro è calcolato con il metodo “a proporzioni costanti” in cui i pesi degli indici che lo compongono vengono mantenuti costanti per tutta la durata del Contratto.

L'obiettivo della gestione è quello di replicare l'andamento dell'indice ottenendo risultati e rendimenti tendenti a quelli raggiunti dal benchmark.

Si riporta di seguito una descrizione sintetica delle caratteristiche degli indicatori finanziari utilizzati per la definizione dei benchmark adottati dalla Società.

Merrill Lynch Euro Govt Bill

Indice rappresentativo dell'andamento dei titoli Governativi zero coupon denominati in Euro, con scadenza inferiore all'anno.

L'indice non considera i costi di negoziazione dei titoli che lo compongono, è denominato in Euro, è disponibile giornalmente sulle banche dati internazionali e sul sito internet di Merrill Lynch.

Merrill Lynch Emu Direct 1-3Y

Indice rappresentativo dell'andamento dei principali titoli obbligazionari a breve termine con scadenza compresa tra 1 e 3 anni, emessi dai paesi aderenti all'Euro. L'indice è disponibile giornalmente sulle banche dati internazionali e sul sito internet di Merrill Lynch.

Merrill Lynch Emu Direct 1-5Y

Indice rappresentativo dell'andamento dei principali titoli obbligazionari a medio termine con scadenza compresa tra 1 e 5 anni, emessi dai paesi aderenti all'Euro. L'indice è disponibile giornalmente sulle banche dati internazionali e sul sito internet di Merrill Lynch.

FTSE World

Indice rappresentativo dell'andamento del mercato azionario, copre circa il 90% della capitalizzazione mondiale, con più di 2.700 titoli emessi da primari emittenti di 48 Paesi.

9. **CREDITI DI IMPOSTA**

I Fondi Interni Assicurativi AVIVA NEW BDM CORALLO, AVIVA NEW BDM STELLA MARINA e AVIVA NEW BDM TRITONE attualmente investono gli attivi in quote di uno o più OICR che sono soggetti ad imposizione fiscale. I crediti di imposta eventualmente maturati non verranno riconosciuti al Fondo assicurativo in quanto la Società trattiene tale credito di imposta che pertanto non va a beneficio dei Contraenti.

Tale mancato riconoscimento si può tradurre, indirettamente, in una doppia imposizione fiscale.

D. **INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE**

10. **COSTI**

10.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

10.1.1 *COSTI GRAVANTI SUL PREMIO*

La spesa fissa viene applicata sull'importo del premio ricorrente versato annualmente o su ciascuna rata mensile. La spesa fissa varia in base alla periodicità di pagamento. La spesa percentuale viene applicata sull'importo del premio ricorrente o sulla rata mensile al netto della spesa fissa e sull'importo del versamento aggiuntivo. La spesa percentuale varia in base all'importo del premio stesso o della somma delle dodici rate mensili, o del versamento aggiuntivo ed all'anno di applicazione.

SPESA FISSA

FRAZIONAMENTO ANNUALE	FRAZIONAMENTO MENSILE
20,00 Euro	2,00 Euro

SPESA PERCENTUALE

PREMIO RICORRENTE SU BASE ANNUA	1° ANNO	DAL 2° ANNO IN POI
da € 1.200,00 a € 4.999,99	2,65%	1,40%
da € 5.000,00 a € 14.999,99	1,95%	0,95%
da € 15.000,00 a € 18.000,00	1,75%	0,60%
VERSAMENTO AGGIUNTIVO		
da € 600,00 a € 4.999,99		1,40%
da € 5.000,00 a € 14.999,99		0,95%
pari o superiore a € 15.000,00		0,60%

10.1.2 COSTI PER RISCATTO E SOSTITUZIONE FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Costi in caso di riscatto totale o parziale

Il valore di riscatto si ottiene applicando al controvalore delle quote da riscattare la penalità di riscatto, determinata in funzione dell'epoca in cui viene effettuata la richiesta di riscatto ed indicata nella seguente Tabella:

ANNO DELLA RICHIESTA DI RISCATTO	PENALITÀ DI RISCATTO
entro il 1° anno	Non ammesso
2° anno	2,50%
3° anno	1,75%
4° anno	1,00%
dal 5° anno	Nessuna penalità

Il valore di riscatto parziale viene determinato con gli stessi criteri previsti per il riscatto totale. La penalità di riscatto minima è pari a 25,00 Euro per ogni riscatto parziale.

Costi in caso di sostituzione Fondi Interni Assicurativi

In caso di sostituzione dei Fondi Interni Assicurativi precedentemente scelti con altri Fondi Interni Assicurativi, è prevista una spesa fissa a carico del Contraente di 25,00 Euro. Le prime due sostituzioni sono gratuite.

10.1.3 COSTO PER LA MAGGIORAZIONE CASO MORTE

Dalla posizione individuale del Contraente, viene detratto da parte della Società con cadenza mensile ed a partire dalla terza ricorrenza mensile del Contratto un numero di quote, pari al controvalore del costo per la Maggiorazione Caso Morte abbinata al Contratto. Il costo di tale Garanzia viene calcolato ad ogni ricorrenza annua del Contratto moltiplicando l'importo del capitale assicurato per il coefficiente relativo all'età dell'Assicurato alla data di calcolo. I coefficienti sono riportati al punto 3.1. "COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO RELATIVO ALLA GARANZIA MORTE" delle Condizioni di Assicurazione.

La Maggiorazione per la Garanzia Morte resta in vigore fin quando la Società può detrarre mensilmente dalla posizione individuale il costo per la Maggiorazione caso Morte decade automaticamente nel caso in cui ciò non sia più possibile.

10.1.4 COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

Dalla posizione individuale del Contraente viene detratto, da parte della Società, con cadenza mensile e a partire dalla terza ricorrenza mensile del Contratto, un numero di quote pari al controvalore del costo per l'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa abbinata al Contratto. Il costo di tale Garanzia viene calcolato ad ogni ricorrenza annua del Contratto moltiplicando l'importo del capitale assicurato per il coefficiente relativo al sesso e all'età dell'Assicurato alla data di calcolo. I coefficienti sono riportati al punto 3.3.4. "COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE" delle Condizioni delle Garanzie Complementari Facoltative.

L'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa resta in vigore fin quando la Società può detrarre mensilmente dalla posizione individuale il costo per la Garanzia Complementare e decade automaticamente nel caso in cui ciò non sia più possibile.

10.2 COSTI GRAVANTI SUI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Di seguito vengono riportati i costi gravanti sui Fondi Interni Assicurativi che gravano quindi, indirettamente, sul Contraente.

Remunerazione della Società

	AVIVA NEW BDM CORALLO 2005	AVIVA NEW BDM STELLA MARINA 2005	AVIVA NEW BDM TRITONE 2005
commissioni di gestione applicata dalla Società su base annua	1,50%	2,10%	2,10%
% della commissione di gestione applicata per l'asset allocation degli OICR collegati e per l'amministrazione del contratto	100%	100%	100%

La commissione di gestione viene trattenuta giornalmente ed incide sulla valorizzazione delle quote del Fondo Interno Assicurativo stesso.

Indipendentemente dai risultati ottenuti, i Fondi Interni Assicurativi non prevedono alcuna commissione di overperformance.

Remunerazione della SGR (relativa all'acquisto di OICR da parte del Fondo)

Le disponibilità dei Fondi Interni Assicurativi sono investite in quote di OICR; su ciascun Fondo stesso gravano indirettamente anche i costi, di seguito indicati, relativi a tali strumenti finanziari.

	OICR APPARTENENTI AL COMPARTO AZIONARIO	OICR APPARTENENTI AL COMPARTO OBBLIGAZIONARIO	OICR APPARTENENTI AL COMPARTO MONETARIO
Oneri di sottoscrizione e rimborso OICR	0%	0%	0%
Commissione annua massima alla data di costituzione dei Fondi Interni Assicurativi	2,28%	1,80%	0,65%
Commissioni di <i>overperformance</i>	Possono essere previste da alcune delle SGR che gestiscono gli OICR sottostanti ai Fondi Interni Assicurativi		

Si precisa che la commissione annua massima applicata dalla Società di Gestione (SGR) alla data di costituzione del Fondo Interno Assicurativo non potrà superare le percentuali sopra riportate.

In ogni caso, la percentuale massima delle commissioni di gestione prelevate da parte della Società di Gestione (SGR) non supererà il 2,50% su base annua.

Come indicato al precedente punto 2 “CONFLITTO DI INTERESSI” - al quale si rimanda - relativamente a ciascun Fondo Interno Assicurativo, gli OICR utilizzati prevedono il riconoscimento di utilità in misura non inferiore al 50% delle commissioni di gestione gravanti sugli stessi OICR; tali utilità saranno riconosciute, per il tramite della Società, al Fondo Interno Assicurativo.

Altri costi

Sul patrimonio del Fondo Interno Assicurativo incidono inoltre:

- a) gli oneri di intermediazione e le spese di negoziazione, amministrazione e custodia delle attività;
- b) le spese di pubblicazione del valore unitario delle quote;
- c) i compensi dovuti alla Società di Revisione di cui all'Art. 12 “REVISIONE CONTABILE” del Regolamento del Fondo Interno Assicurativo;
- d) gli oneri fiscali, le spese per l'eventuale deposito presso i soggetti abilitati e gli oneri connessi agli strumenti finanziari ricompresi nel patrimonio gestito.

Si precisa altresì che su ciascun OICR possono gravare una serie di oneri ulteriori che riducono il valore unitario delle relative quote quali, ad esempio, gli oneri di intermediazione per la compravendita mobiliare, le spese legali e fiscali, i costi di Banca Depositaria e di transfer agent.

Gli oneri inerenti l'acquisizione e dismissione delle attività del Fondo Interno Assicurativo non sono quantificabili a priori in quanto variabili.

Per la quantificazione storica dei costi di cui sopra si rimanda al punto 28. TOTAL EXPENSES RATIO (TER) della Nota Informativa che segue.

11. MISURE E MODALITÀ DI EVENTUALI SCONTI

Ai sottoscrittori del Contratto NUOVA MARE che sono dipendenti in attività o quiescenza del Gruppo Banca Marche sono riservate condizioni agevolate: il caricamento percentuale indicato al precedente punto 10.1.1 “COSTI GRAVANTI SUL PREMIO” verrà ridotto del 90%.

12. REGIME FISCALE

12.1 IMPOSTA SUI PREMI

I premi delle assicurazioni avente contenuto finanziario:

- non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni;
- non sono deducibili.

12.2 DETRAIBILITÀ FISCALE DEI PREMI

Sui premi versati per le assicurazioni sulla vita di “PURO RISCHIO”, intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%) o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, fino ad un massimo di Euro 1.291,14, viene riconosciuta annualmente al Contraente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi.

Qualora soltanto una componente del premio versato per l'assicurazione risulti destinata alla copertura dei rischi sopra indicati, il diritto alla detrazione d'imposta spetta esclusivamente con riferimento a tale componente, che viene appositamente indicata dalla Società.

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

Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi versati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi versati dal Contraente a fronte di assicurazioni sulla vita o assicurazioni infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001 (che conservano il diritto alla detrazione d'imposta), fermo restando il sopraindicato limite massimo di Euro 1.291,14.

Sui premi versati per le assicurazioni sulla vita “DI RISPARMIO”, intendendosi per tali le assicurazioni che prevedono l'investimento dei premi finalizzato alla tutela del risparmio, non è prevista alcuna forma di detrazione fiscale.

12.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni vigenti alla data di redazione della presente Nota Informativa, le somme liquidate in caso di decesso (relativamente ai contratti aventi per oggetto il rischio di morte, ivi compresi quelli di tipo "Misto" anche a vita intera), di invalidità permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana dell'Assicurato, non sono soggette ad alcuna imposizione fiscale, sia nel caso in cui vengano corrisposte in forma di capitale sia nel caso in cui vengano corrisposte in forma di rendita ai sensi dell'Art. 6 comma 2 del D. P. R. 917 del 22/12/1986.

Negli altri casi, è necessario fare le seguenti distinzioni sul rendimento finanziario maturato:
il rendimento finanziario maturato:

- a) se corrisposto in forma di capitale, in base al D.Lgs. n. 47 del 18/2/2000 (per come attualmente applicabile) è soggetto ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi di cui all'art. 26-ter, comma 1 del D.P.R. n. 600/1973, nella misura prevista dall'art. 7 del D.L. n. 461 del 21/11/1997 (attualmente pari al 12,50%). L'imposta è applicata sulla differenza fra il capitale corrisposto e l'ammontare dei premi pagati, in conformità a quanto previsto dall'art. 45, comma 4 del D.P.R. 22/12/ 1986, n. 917.
- b) se corrisposto in forma di rendita, all'atto della conversione del capitale a scadenza è soggetto ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi di cui al punto a). Successivamente, durante il periodo di erogazione della rendita, i rendimenti finanziari riguardanti ciascuna rata di rendita sono assoggettati annualmente ad una imposta del 12,50% ai sensi del D.Lgs. n. 47 del 18/02/2000, applicata sulla differenza tra l'importo erogato e quello della corrispondente rata calcolata senza tenere conto dei rendimenti finanziari.

La predetta imposta sostitutiva di cui all'art. 26-ter del D.P.R. 600/1973 non deve essere applicata relativamente alle somme corrisposte a soggetti che esercitano attività d'impresa. Infatti, ai sensi della normativa vigente, i proventi della medesima specie conseguiti da soggetti che esercitano attività d'impresa non costituiscono redditi di capitale bensì redditi d'impresa.

12.4 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ

Ai sensi dell'Art.1923 del Codice Civile le somme dovute in dipendenza del Contratto non sono né pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

12.5 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Ai sensi dell'art.1920 del codice civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e non sono soggette all'imposta sulle successioni.

E. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

13. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO, DI PAGAMENTO DEL PREMIO E DI CONVERSIONE DEL PREMIO IN QUOTE

13.1 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente ha versato il primo premio ricorrente - o la prima rata in caso di frazionamento mensile del premio - e unitamente all'Assicurato, se persona diversa ha sottoscritto la Proposta-Certificato.

13.2 DECORRENZA DEL CONTRATTO

Le prestazioni di cui al punto 5. "PRESTAZIONI ASSICURATE" della presente Nota Informativa decorrono dal quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di conclusione del Contratto fatto salvo il mancato ricevimento del premio da parte della Società.

La Maggiorazione Caso Morte inizierà a decorrere dalla data di decorrenza del Contratto anche se il costo per tale garanzia verrà addebitato a partire dalla terza mensilità.

La data di decorrenza del Contratto viene indicata nella Lettera Contrattuale di Conferma, che viene inviata al Contraente.

13.3 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA

La copertura assicurativa relativa alla Garanzia Complementare facoltativa – se prescelta - è in ogni caso subordinata alla sottoscrizione del Questionario Sanitario allegato alla Proposta-Certificato.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo, la Società si riserva la facoltà di:

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi;

ovvero

- rifiutare l'assunzione del rischio.

La Società comunicherà al Contraente gli eventuali sovrappremi da applicare o il rifiuto del rischio.

Dalla data di invio da parte della Società della comunicazione degli eventuali sovrappremi il Contraente ha 20 giorni di tempo per rifiutare tali sovrappremi. In caso di rifiuto dei sovrappremi da applicare, la Garanzia Complementare prescelta non verrà attivata e non verrà addebitato il costo della Garanzia dalla terza mensilità.

Nel caso in cui il Contraente non invii nessuna comunicazione alla Società, la Garanzia Complementare inizierà a decorrere dalla terza ricorrenza mensile e sempre dalla terza mensilità inizieranno ad essere addebitati i costi di tale garanzia (comprensivi degli eventuali sovrappremi).

13.4 PREMIO RICORRENTE

L'importo del premio ricorrente viene scelto dal Contraente in relazione ai propri obiettivi in termini di prestazioni assicurate.

L'importo minimo del premio è pari a Euro 1.200,00 in caso di frazionamento annuale o Euro 100,00 in caso di frazionamento mensile.

L'importo massimo del premio è pari a Euro 18.000,00 in caso di frazionamento annuale o Euro 1.500,00 in caso di frazionamento mensile.

Il pagamento del primo premio ricorrente o, nel caso di scelta di frazionamento del premio, della prima rata, viene effettuato dal Contraente alla Società alla data di conclusione del Contratto e viene quietanzato direttamente sulla Proposta-Certificato.

Il versamento delle rate di premio successive alla prima dovrà avvenire alle ricorrenze stabilite.

Ad ogni ricorrenza annuale, il Contraente ha la facoltà di modificare la frequenza di versamento prescelta inizialmente e l'importo del premio ricorrente. L'importo del premio ricorrente non può essere comunque inferiore agli importi minimi sopra riportati.

Ogni richiesta di modifica deve pervenire alla Società almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale attraverso il Soggetto Incaricato.

13.5 VERSAMENTI AGGIUNTIVI

Il Contraente può effettuare versamenti aggiuntivi fin dal giorno successivo alla data di decorrenza del Contratto. L'importo minimo di ciascun versamento aggiuntivo è pari a Euro 600,00 ed il pagamento dello stesso deve avvenire al momento della sottoscrizione dell'apposito **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi**.

Il pagamento del versamento aggiuntivo verrà quietanzato direttamente sul Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi.

I versamenti aggiuntivi vengono fatti confluire nei Fondi Interni Assicurativi scelti dal Contraente al momento della sottoscrizione del **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi**.

13.6 MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL PREMIO E DEGLI EVENTUALI VERSAMENTI AGGIUNTIVI

Il pagamento dei premi ricorrenti e/o degli eventuali versamenti aggiuntivi deve essere effettuato mediante addebito automatico sul conto corrente del Contraente.

Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei premi fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

Ai fini di non ostacolare la prosecuzione del rapporto, in caso di estinzione del conto corrente bancario del

Contraente, la Società provvederà ad indicare al Contraente possibili diverse modalità di pagamento del premio quali ad esempio nuova delega RID o bonifico bancario.

Il pagamento degli eventuali versamenti aggiuntivi potrà essere effettuato anche con versamento contestuale alla sottoscrizione del **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi** presso il Soggetto Incaricato. In questo caso il pagamento degli eventuali versamenti aggiuntivi viene quietanzato direttamente sul Modulo.

13.7 SFERA DI APPLICAZIONE

Il presente Contratto può essere stipulato soltanto se l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, ha un'età compresa tra a 18 anni e 75 anni.

13.8 DURATA

Nell'ambito di questo Contratto occorre distinguere tra:

- DURATA DEL CONTRATTO: - intendendosi per tale l'arco di tempo durante il quale sono operanti le prestazioni assicurate – è vitalizia, vale a dire commisurata alla vita dell'Assicurato.
- DURATA PAGAMENTO PREMI: - intendendosi per tale il periodo di versamento del premio – che viene scelto all'atto della sottoscrizione della Proposta-Certificato e non può comunque essere inferiore a 10 anni.

13.9 INTERRUZIONE E RIPRESA DEI VERSAMENTI DEI PREMI RICORRENTI

A partire dalla prima ricorrenza annuale, ad ogni ricorrenza annuale, il Contraente ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi. Ogni richiesta di sospensione deve pervenire alla Società almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale attraverso il Soggetto Incaricato.

Anche se frazionato in più rate, il premio della prima annualità deve essere corrisposto interamente; in caso contrario il Contratto si risolve e le rate di premio pagate restano acquisite dalla Società.

L'interruzione dei versamenti avrà i seguenti effetti:

- non verranno acquisite nuove quote sui Fondi Interni Assicurativi prescelti;
- sarà possibile, comunque, effettuare versamenti aggiuntivi o sostituzione dei Fondi Interni Assicurativi.

Il Contraente ha la possibilità di riprendere i versamenti ricorrenti precedentemente interrotti in questo caso la Società riprenderà l'accumulo delle quote sui Fondi Interni Assicurativi precedentemente prescelti.

L'interruzione dei versamenti non comporta nessuna sospensione della Maggiorazione della Garanzia Caso Morte e dell'eventuale Garanzia Complementare, per la quale la Società tratterà dal numero delle quote possedute dal Contraente il controvalore, convertito in numero di quote, del costo per le Garanzie fino ad esaurimento del numero di quote.

Nel caso in cui il controvalore delle quote accumulate non fosse più sufficiente a coprire il costo della Maggiorazione della Garanzia Caso Morte e dell'eventuale Garanzia Complementare, il controvalore delle quote residue, convertito in numero di quote, sarà utilizzato per finanziare per l'ultima volta il costo delle Garanzie per un importo ridotto; trascorsa l'ultima ricorrenza in assenza di ulteriori versamenti, le Garanzie termineranno ed il contratto si intenderà risolto e non sarà possibile la riattivazione del Contratto stesso.

13.10 CONVERSIONE DEL PREMIO IN QUOTE

Questo Contratto si distingue dalle forme assicurative tradizionali in quanto il capitale viene espresso in quote di Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente.

Al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato, il Contraente decide in quali Fondi Interni Assicurativi, tra quelli abbinati al presente Contratto, investire i premi ricorrenti e gli eventuali versamenti aggiuntivi.

Ai fini della determinazione del numero di quote, si procede come segue:

- 1) il primo premio versato, viene:
 - diminuito della spesa fissa annua e della spesa di gestione applicata dalla Società di cui al precedente punto 10.1.1 "COSTI GRAVANTI SUL PREMIO";
 - diviso per il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente, del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di conclusione del Contratto;

-
- 2) i versamenti successivi al primo, vengono:
- diminuiti della spesa fissa annua e della spesa di gestione applicata dalla Società di cui al precedente punto 10.1.1 “COSTI GRAVANTI SUL PREMIO”;
 - divisi per il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi scelti dal Contraente, del giorno di incasso degli stessi. Nei giorni di calendario in cui – per qualsiasi ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, la Società considera come valore unitario delle quote quello risultante il primo giorno di Borsa aperto successivo;
- 3) gli eventuali versamenti aggiuntivi, vengono:
- diminuiti della spesa di gestione applicata dalla Società di cui al precedente punto 10.1.1 “COSTI GRAVANTI SUL PREMIO”;
 - divisi per il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di addebito del pagamento sul conto corrente del Contraente o alla data di pagamento del versamento presso il Soggetto Incaricato.

14. LETTERA DI CONFERMA DI INVESTIMENTO DEL PREMIO

La **Lettera Contrattuale di Conferma** viene inviata dalla Società al Contraente a seguito del pagamento del primo premio ricorrente entro 10 giorni lavorativi dalla data di decorrenza e contiene le seguenti informazioni:

- il numero di Polizza, che identifica definitivamente il Contratto;
- la data di decorrenza del Contratto (che coincide con la data di valorizzazione);
- la data di incasso del primo premio corrisposto;
- la durata pagamento premi;
- il primo premio corrisposto;
- il premio investito alla data di decorrenza del Contratto;
- relativamente ai Fondi Interni Assicurativi prescelti:
 - il numero di quote attribuite;
 - il prezzo (valore unitario) al quale è avvenuto l’acquisto.

A seguito del pagamento dei premi ricorrenti successivi al primo, la Società invia al Contraente alla chiusura di ogni semestre (30 giugno – 31 dicembre) una **Lettera di Conferma Cumulativa** per i premi ricorrenti versati nel semestre che contiene le seguenti informazioni:

- i premi ricorrenti corrisposti o le rate mensili corrisposte;
- la data di investimento di ciascun premio ricorrente rata mensile (che coincide con la data di valorizzazione);
- i premi investiti alla data di valorizzazione;
- relativamente a ciascun Fondo Interno Assicurativo:
 - il numero delle quote acquistate a fronte dei premi ricorrenti investiti;
 - il prezzo (valore unitario) al quale è avvenuto l’acquisto.

A seguito del pagamento del versamento aggiuntivo la Società invia al Contraente una **Lettera di Conferma Versamento Aggiuntivo**, entro 10 giorni lavorativi dalla data di investimento, con la quale si danno le seguenti informazioni:

- la conferma dell’avvenuto ricevimento del versamento aggiuntivo, da parte della Società;
- la data di investimento del versamento aggiuntivo (che coincide con la data di valorizzazione);
- il versamento aggiuntivo effettuato;
- il versamento aggiuntivo investito alla data di investimento;
- relativamente a ciascun Fondo Interno Assicurativo:
 - il numero delle quote attribuite a fronte del versamento investito;
 - il prezzo (valore unitario) al quale è avvenuto l’acquisto.

15. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si scioglie al verificarsi dei seguenti eventi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- in caso di decesso dell’Assicurato;
- alla richiesta, da parte del Contraente, di risoluzione anticipata del Contratto e di liquidazione del valore di riscatto totale;

-
- a causa dell'esaurimento delle quote possedute quando le stesse non siano sufficienti a finanziare i costi per la Maggiorazione della Garanzia Caso Morte e per l'eventuale Garanzia Complementare abbinate, in caso di interruzione dei versamenti dei premi. In tal caso il contratto si intenderà automaticamente risolto e non sarà più possibile riattivarlo.

16. RISCATTO

A condizione che sia stata pagata interamente la prima annualità di premio e sia trascorso almeno un anno dalla data di decorrenza del Contratto, il Contraente può riscuotere, interamente o parzialmente, il valore di riscatto.

In caso di riscatto totale si ha l'estinzione anticipata del Contratto; mentre in caso di liquidazione del valore di riscatto parziale il Contratto rimane in vigore per la quota residua di capitale.

Per esercitare la sua scelta il Contraente deve compilare il Modulo di richiesta di liquidazione o inviare una comunicazione scritta alla Società a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno nella quale indica la sua decisione di riscattare totalmente o in parte il Contratto.

La Società corrisponde al Contraente il valore di riscatto - totale o parziale - al netto delle imposte previste per Legge.

In ogni caso, il Contraente può richiedere informazioni relative al proprio valore di riscatto alla Società la quale si impegna a fornire tale informazione nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 10 giorni dalla data di ricezione della richiesta stessa.

RISCATTO TOTALE

Il valore di riscatto totale viene calcolato nei termini seguenti:

- viene determinato il controvalore del numero di quote dei Fondi Interni Assicurativi, precedenti scelti dal Contraente moltiplicando il numero delle quote per il valore unitario delle quote del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento della richiesta di riscatto da parte della Società;
- detto importo viene corrisposto per intero qualora la richiesta avvenga dopo almeno quattro anni dalla data di decorrenza del Contratto; in caso contrario esso viene ridotto in funzione del tempo trascorso dalla data di decorrenza del Contratto, in base alle penalità indicate al punto 10.1.2 "COSTI PER RISCATTO E SOSTITUZIONE FONDI INTERNI ASSICURATIVI".

RISCATTO PARZIALE

Al Contraente è data facoltà di chiedere la liquidazione del valore di riscatto anche in misura parziale, a condizione che:

- l'importo lordo riscattato risulti non inferiore a 1.200,00 Euro;
- il controvalore del capitale residuo espresso in quote non risulti inferiore a 1.200,00 Euro;

Il valore di riscatto parziale viene determinato con gli stessi criteri previsti per il riscatto totale; la penalità di riscatto minima in caso di riscatto parziale è pari a 25,00 Euro.

Per qualsiasi informazione relativa al calcolo del valore di riscatto, il Contraente può rivolgersi direttamente a AVIVA LIFE S.p.A. – V.le Abruzzi 94 – 20131 Milano – numero verde 800-113085 - fax 02/27.75.490 – e-mail: liquidazioni_vita@avivaitalia.it

È necessario tener presente che l'interruzione volontaria del Contratto potrebbe comportare una diminuzione dei risultati economici ed il non pieno recupero da parte del Contraente dei versamenti effettuati. Il valore di riscatto potrebbe risultare inferiore alla somma dei versamenti effettuati, nel corso della durata contrattuale, sia per effetto del deprezzamento del valore unitario delle quote, sia per l'applicazione dei Costi indicati al punto 10 "COSTI" che precede, sia per l'applicazione dell'eventuale penalità di riscatto.

Non esiste inoltre alcun valore minimo garantito dalla Società per il valore di riscatto.

17. SOSTITUZIONE DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO

Trascorsi trentuno giorni dalla data di decorrenza del Contratto, il Contraente ha la facoltà di richiedere alla Società, mediante il **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi**, il trasferimento totale o

parziale delle quote dei Fondi Interni Assicurativi precedentemente scelti ad altri Fondi Interni Assicurativi tra quelli gestiti dalla Società in relazione al presente Contratto.

La nuova composizione percentuale viene indicata nel Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi.

Tutti i versamenti futuri confluiranno quindi nei nuovi Fondi Interni Assicurativi in base alla nuova composizione percentuale indicata nel Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi.

Le prime due sostituzioni effettuate sono completamente gratuite, mentre ogni sostituzione successiva sarà gravata da una spesa fissa indicata al precedente punto 10.1.2 “COSTI PER RISCATTO E SOSTITUZIONE FONDI INTERNI ASSICURATIVI”.

La conversione viene effettuata nei termini seguenti:

- viene determinato il controvalore delle quote possedute per ciascun Fondo Interno Assicurativo precedentemente scelto, in base al valore unitario delle quote del quarto giorno di Borsa aperta successivo a quello di ricevimento, da parte della Società, del Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi;
- da tale controvalore vengono eventualmente detratte le spese indicate al precedente punto 10.1.2 “COSTI PER RISCATTO E SOSTITUZIONE FONDI INTERNI ASSICURATIVI”;
- il controvalore così ottenuto viene diviso per il valore unitario delle quote, dei nuovi Fondi Interni Assicurativi, del quarto giorno di Borsa aperta successivo a quello di ricevimento, da parte della Società, del Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi.

La Società invia una **Lettera di Conferma Sostituzione Fondo** che informa dell'avvenuta sostituzione ed indica per il vecchio ed il nuovo Fondo:

- il prezzo (valore unitario) e la data al quale è avvenuto il trasferimento;
- il numero di quote vendute ed acquistate;
- il controvalore delle quote alla data della sostituzione.

ASSEGNAZIONE DEI FUTURI VERSAMENTI

A partire dalla seconda ricorrenza annua, il Contraente ha la facoltà di richiedere alla Società di modificare la composizione percentuale di attribuzione ai Fondi Interni Assicurativi scelta, con riferimento ai soli versamenti futuri.

La richiesta alla Società relativa ai futuri versamenti deve essere effettuata compilando la sezione relativa all'Assegnazione dei Futuri Versamenti del Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi, e deve pervenire alla Società almeno 60 giorni prima della ricorrenza annua del Contratto.

Nei Fondi Interni Assicurativi inizialmente scelti restano investite le quote acquisite sulla base della precedente composizione percentuale dei Fondi Interni Assicurativi.

18. DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dal momento della conclusione del Contratto come disciplinato dal punto 13.1 “CONCLUSIONE DEL CONTRATTO” che precede.

Il Contraente per esercitare il diritto di recesso deve rivolgersi direttamente al Soggetto Incaricato e/o inviare alla Società una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - contenente gli elementi identificativi della Proposta-Certificato – alla Società al seguente indirizzo:

*AVIVA Life S.p.A.
Viale Abruzzi 94
20131 Milano*

La Società, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di recesso, rimborserà:

- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Società antecedentemente alla data di decorrenza del contratto il premio versato;
- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Società dal giorno della data di decorrenza del contratto il premio versato maggiorato o diminuito della differenza fra il valore unitario delle quote del quarto gior-

no di Borsa aperto successivo al ricevimento, da parte della Società, della comunicazione di recesso ed il valore unitario delle stesse alla data di decorrenza, moltiplicato per il numero delle quote acquisite alla data di decorrenza del Contratto.

19. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

19.1 PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

La Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto - verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento – entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione indicata allo specifico Art. 24 “PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ” delle Condizioni di Assicurazione.

19.2 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti da qualsiasi contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

20. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05 al Contratto si applica la legge italiana.

21. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

Il Contratto viene redatto in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione, in tal caso spetta alla Società proporre quella da utilizzare.

22. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società:

AVIVA LIFE S.p.A.
SERVIZIO RECLAMI
VIALE ABRUZZI 94
20131 MILANO
TELEFAX 02 2775 245
RECLAMI_VITA@AVIVAITALIA.IT

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi:

ISVAP
SERVIZIO TUTELA DEGLI UTENTI
VIA DEL QUIRINALE 21- 00187 ROMA
TELEFONO 06.42.133.1,

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

In relazione alle controversie inerenti l'entità delle somme da corrispondere o l'interpretazione del contratto si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

23. ULTERIORE INFORMATIVA DISPONIBILE PER IL CONTRAENTE

La Società, si impegna a comunicare, su richiesta del Contraente, l'ultimo rendiconto della gestione dei Fondi Interni Assicurativi. Il rendiconto della gestione dei Fondi Interni Assicurati è disponibile anche sul sito del Gruppo AVIVA www.avivaitalia.it.

24. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente qualunque variazione della sua denominazione sociale, forma giuridica e indirizzo.

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni nelle informazioni contenute nella Nota Informativa o nel Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi a seguito di modifiche nella normativa applicabile al Contratto, la Società si impegna a fornire tempestivamente al Contraente ogni necessaria precisazione.

La Società trasmette al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa, unitamente all'aggiornamento dei dati storici di cui alla successiva Sezione F e alla Sezione 6 della Scheda Sintetica, contenente le seguenti informazioni minimali:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto al 31 dicembre dell'anno precedente, numero e controvalore delle quote assegnate al 31 dicembre dell'anno precedente;
- b) dettaglio dei premi versati, di quelli investiti, del numero e del controvalore delle quote assegnate nell'anno di riferimento;
- c) numero e controvalore delle quote trasferite e di quelle assegnate a seguito di operazioni di sostituzione dei Fondi Interni Assicurativi nell'anno di riferimento;
- d) numero delle quote trattenute nell'anno di riferimento per il premio relativo alla Maggiorazione Caso morte;
- e) numero e controvalore delle quote rimborsate a seguito di riscatto parziale nell'anno di riferimento;
- f) numero delle quote eventualmente trattenute nell'anno di riferimento per il premio relativo alla eventuale Garanzia Complementare Facoltativa prescelta;
- g) numero delle quote complessivamente assegnate e del relativo controvalore alla fine dell'anno di riferimento.

La Società si impegna a comunicare per iscritto al Contraente qualora in corso di contratto il controvalore delle quote complessivamente detenute si sia ridotto di oltre il 30% rispetto all'ammontare complessivo dei premi investiti, tenuto conto di eventuali riscatti parziali, e a comunicare ogni ulteriore riduzione pari o superiore al 10%. La comunicazione deve essere effettuata entro dieci giorni lavorativi dalla data in cui si è verificato l'evento.

25. COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Le comunicazioni del Contraente possono essere fatte pervenire oltre che direttamente alla Società, mediante lettera indirizzata a AVIVA Life S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano (Italia), anche al Soggetto Incaricato presso cui è appoggiato il Contratto.

La Società si impegna ad inviare risposte ad eventuali richieste del Contraente in merito al Contratto entro e non oltre 10 giorni dal ricevimento delle stesse.

F. DATI STORICI SUI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

26. DATI STORICI DI RENDIMENTO

I Fondi Interni Assicurativi AVIVA NEW BDM CORALLO, AVIVA NEW BDM STELLA MARINA e AVIVA NEW BDM TRITONE, sono di recente istituzione (maggio 2006) e pertanto non è possibile illustrare graficamente il rendimento annuo dei Fondi né l'andamento del valore della quota degli stessi.

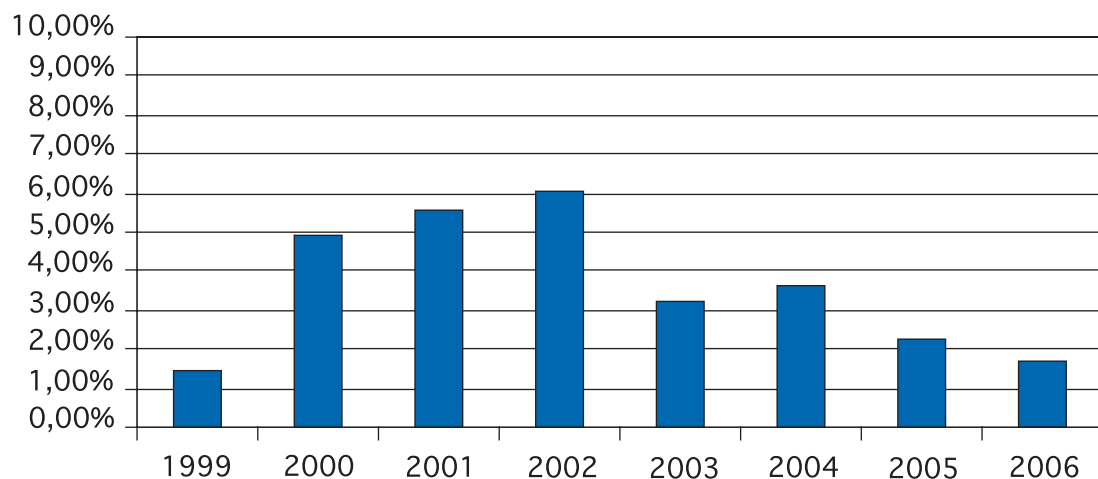
Indichiamo di seguito il rendimento del benchmark per ogni singolo Fondo, per il periodo in cui le serie storiche del benchmark sono disponibili.

Inoltre riportiamo l'andamento del valore della quota dei benchmark nel corso dell'ultimo anno solare.

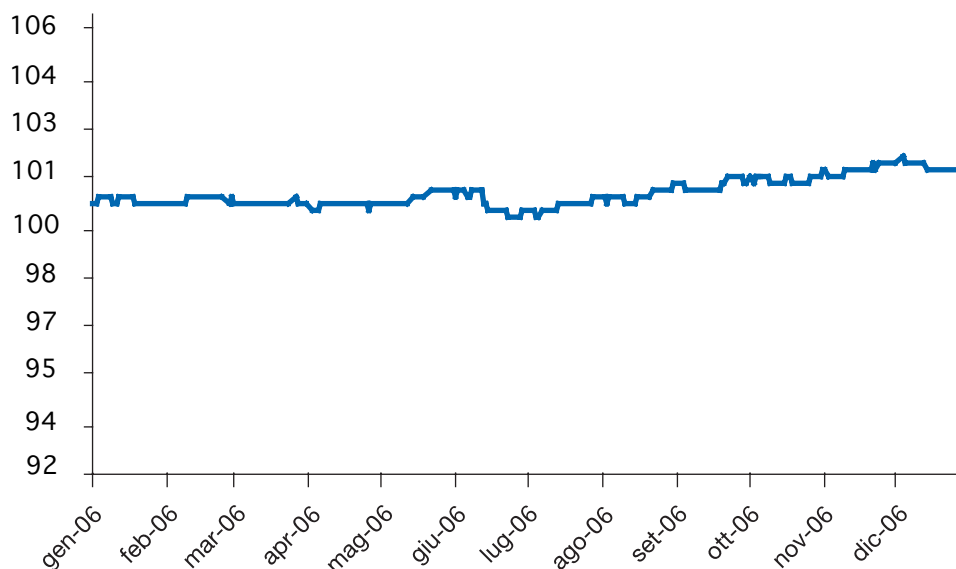
Le performance ottenute dai benchmark non sono indicative delle future performance dei rispettivi Fondi.

Le performance dei Fondi riflettono costi sugli stessi gravanti mentre i benchmark, in quanto indici teorici, non sono gravati di costi.

RENDIMENTO ANNUO DEL BENCHMARK

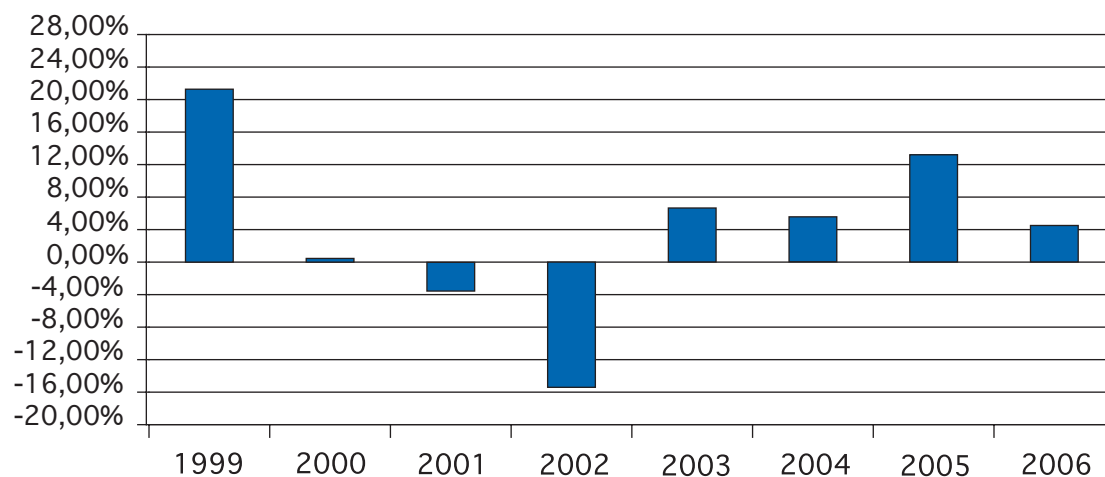


ANDAMENTO DEL BENCHMARK NEL CORSO DELL'ULTIMO ANNO SOLARE (01.01.2006 - 31.12.2006)

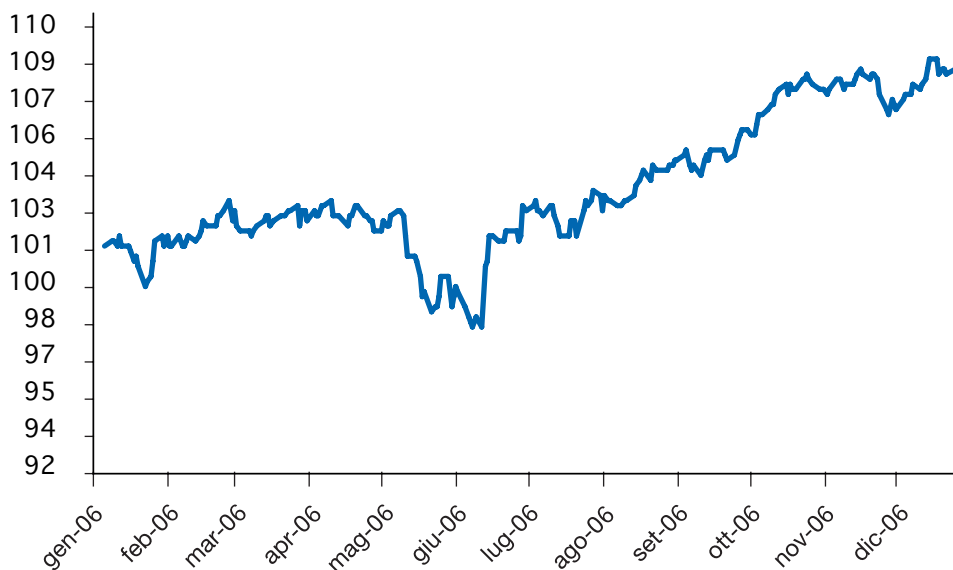


Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri

RENDIMENTO ANNUO DEL BENCHMARK

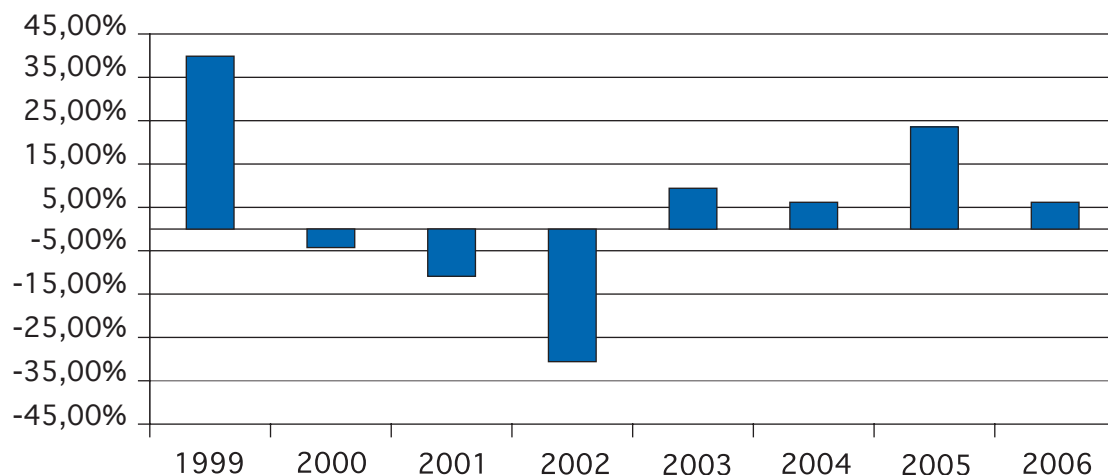


ANDAMENTO DEL BENCHMARK NEL CORSO DELL'ULTIMO ANNO SOLARE (01.01.2006 - 31.12.2006)

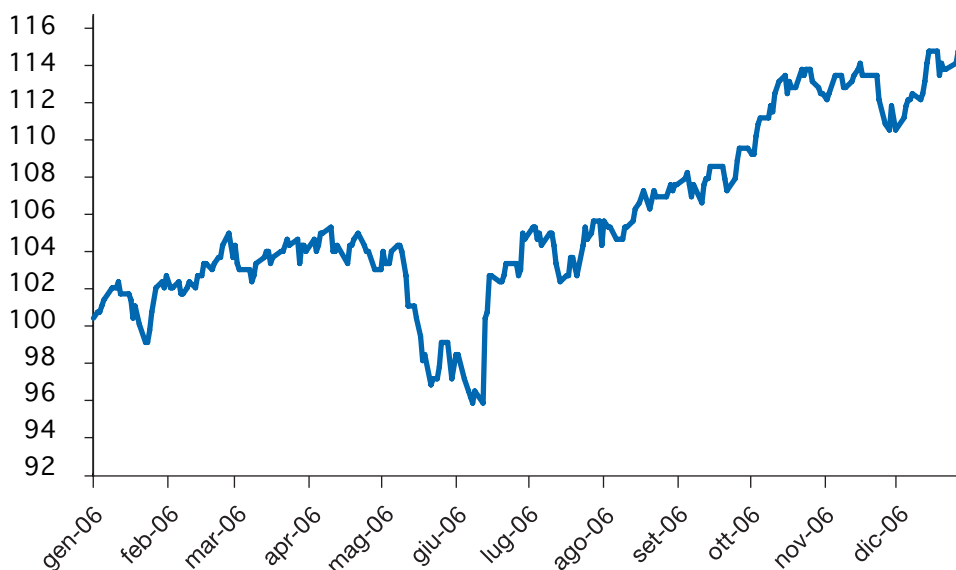


Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri

RENDIMENTO ANNUO DEL BENCHMARK



ANDAMENTO DEL BENCHMARK NEL CORSO DELL'ULTIMO ANNO SOLARE (01.01.2005 - 31.12.2005)



Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri

27. DATI STORICI DI RISCHIO

I Fondi Interni Assicurativi AVIVA NEW BDM CORALLO, AVIVA NEW BDM STELLA MARINA e AVIVA NEW BDM TRITONE sono di recente istituzione (Maggio 2006) e, pertanto, la volatilità ex post relativa all'andamento del valore della quota dei Fondi, e quella dei rispettivi benchmark, si riferiscono al periodo compreso tra Maggio 2006 e Dicembre 2006. I dati così ottenuti sono stato annualizzati e confrontati anche con la volatilità stimata e dichiarata ex ante per ogni singolo Fondo.

Relativamente a ciascun Fondo Interno Assicurativo la volatilità media annua attesa (ex ante) è stata calcolata in base alle osservazioni degli ultimi tre anni (dal 31 Dicembre 2003 al 31 Dicembre 2006) della volatilità dei rendimenti giornalieri del benchmark ad esso collegato

NOME DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO	VOLATILITÀ Ex Post	VOLATILITÀ Ex ANTE	VOLATILITÀ DEL BENCHMARK
AVIVA NEW BDM CORALLO	1,40%	0,95%	0,68%
AVIVA NEW BDM STELLA MARINA	4,22%	5,47%	4,77%
AVIVA NEW BDM TRITONE	5,50%	9,93%	8,67%

28. TOTAL EXPENSES RATIO (TER): COSTI EFFETTIVI DI CIASCUN FONDO INTERNO ASSICURATIVO

Il Total Expenses Ratio (TER) è l'indicatore che fornisce la misura dei costi che mediamente hanno gravato sul patrimonio medio di ciascun Fondo, dato dal rapporto percentuale, riferito a ciascun anno solare, fra il totale dei costi posti a carico di ciascun Fondo, compresi quelli sostenuti indirettamente attraverso l'eventuale investimento nei singoli OICR sottostanti, ed il patrimonio medio rilevato in coerenza con la periodicità di valorizzazione dello stesso.

Si precisa che, in ogni caso, la quantificazione dei costi non tiene conto di quelli gravanti direttamente sul Contraente riportati al precedente punto 10.1 "COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE".

Nella tabella sottostante viene riportato il TER del 2006 relativo ai Fondi Interni Assicurativi AVIVA NEW BDM CORALLO, AVIVA NEW BDM STELLA MARINA e AVIVA NEW BDM TRITONE, calcolato a partire dall'istituzione degli stessi (Maggio 2006).

NOME DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO	TOTAL EXPENSES RATIO (TER)	COSTI GRAVANTI SUI FONDI INTERNI ASSICURATIVI			
		COMMISSIONE DI GESTIONE	TER DEGLI OICR SOTTOSTANTI E CUUSTODIA	SPESE AMMINISTRATIVE	SPESE PUBBLICAZIONE
AVIVA NEW BDM CORALLO	1,98%	1,50%	0,48%	0,000%	0,000%
AVIVA NEW BDM STELLA MARINA	2,96%	2,10%	0,78%	0,000%	0,077%
AVIVA NEW BDM TRITONE	2,99%	2,10%	0,89%	0,000%	0,000%

29. TURNOVER DI PORTAFOGLIO DEL FONDO

Per turnover si intende il tasso annuo di movimentazione del portafoglio di ciascun Fondo, dato dal rapporto percentuale fra la somma degli acquisti e delle vendite di strumenti finanziari, al netto dell'investimento e disinvestimento delle quote di ciascun Fondo, e il patrimonio netto medio calcolato in coerenza con la frequenza di valorizzazione della quota.

Nella tabella sottostante sono riportati i turnover fatti registrare dai Fondi Interni Assicurativi AVIVA NEW BDM CORALLO, AVIVA NEW BDM STELLA MARINA e AVIVA NEW BDM TRITONE, dal momento della loro istituzione (Maggio 2006) sino al termine del 2006.

Gli attivi dei Fondi Interni Assicurativi AVIVA NEW BDM CORALLO, AVIVA NEW BDM STELLA MARINA e AVIVA NEW BDM TRITONE, sono rappresentati da investimenti effettuati direttamente in OICR senza l'intervento di intermediari negozianti estranei o appartenenti al Gruppo AVIVA.

NOME DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO	TURNOVER DI PORTAFOGLIO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO
AVIVA NEW BDM CORALLO	-0,40%
AVIVA NEW BDM STELLA MARINA	-1,83%
AVIVA NEW BDM TRITONE	-1,98%

* * * * *

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

**Il Rappresentante Legale
CESARE BRUGOLA**



3. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NUOVA MARE

ART. 1 OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Proposta-Certificato, dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dal Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi, dalla Lettera Contrattuale di Conferma e dalle eventuali Appendici al Contratto, firmate dalla Società stessa. Per tutto quanto non espressamente qui regolato, valgono le norme di legge applicabili.

ART. 2 CONFLITTO DI INTERESSI

AVIVA Life S.p.A, Società che commercializza il presente Contratto, è partecipata al 50 per cento da Banca Marche S.p.A. ed al 50 per cento da Aviva Italia Holding S.p.A.. Il prodotto viene distribuito da Banca Marche S.p.A. e da Cassa di Risparmio di Loreto S.p.A., entrambe facenti parte del Gruppo Banca Marche.

ART. 3 PRESTAZIONI DEL CONTRATTO

Il presente Contratto prevede che, in caso di decesso dell'Assicurato - in qualsiasi epoca esso avvenga, qualunque ne sia la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso e **con i limiti indicati all'Art. 4 "LIMITAZIONE DELLA MAGGIORAZIONE PER LA GARANZIA MORTE" che segue** - la Società corrisponda ai Beneficiari designati: una prestazione ottenuta - Capitale Caso Morte - come somma dei seguenti due importi:

- a) il controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente, calcolato moltiplicando il numero delle quote per il valore unitario delle stesse del secondo giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione per decesso, da parte della Società;
- b) la maggiorazione per la Garanzia Morte ottenuta applicando all'importo indicato al punto a) una percentuale pari all'1%.

La prestazione in caso di decesso - Capitale Caso Morte - potrebbe risultare inferiore alla somma dei versamenti effettuati, sia per effetto, nel corso della durata contrattuale, del deprezzamento delle attività finanziarie di cui le quote sono rappresentazione, sia per l'applicazione delle spese indicate al seguente Art. 18 "SPESE".

Non esiste inoltre alcun valore minimo garantito dalla Società per la prestazione in caso di decesso.

ART. 4 LIMITAZIONI DELLA MAGGIORAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

La maggiorazione per la Garanzia Morte, indicata al precedente Art. 3 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO" non viene applicata qualora il decesso dell'Assicurato:

- a) avvenga entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del Contratto;
- b) avvenga entro i primi cinque anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuta a infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata;
- c) sia causato da:
 - **dolo del Contraente o dei Beneficiari;**
 - **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
 - **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la Garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
 - **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
 - **suicidio**, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza del Contratto, o trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto stesso;
 - **stato di ubriachezza nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili.**

La limitazione di cui al punto a) non viene applicata qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta:

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

ART. 5 BONUS FEDELTA'

Trascorsi dieci anni dalla data di decorrenza del Contratto e con frequenza quinquennale, purchè il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi, verrà riconosciuto dalla Società un bonus fedeltà come maggiorazione del controvalore delle quote delle date di ricorrenza annuale indicate nella seguente tabella. Il valore di tali maggiorazioni è ottenuto applicando al controvalore delle quote della ricorrenza annuale percentuali sotto indicate:

RICORRENZA ANNUA	% DA APPLICARE
10 ^a	2%
15 ^a	1%
20 ^a	0,5%
25 ^a	0,5%

Ad esempio, qualora il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi:

- al decimo anno l'importo del bonus di fedeltà sarà pari al 2% del controvalore delle quote della decima ricorrenza annuale;
- al quindicesimo anno il bonus di fedeltà sarà pari all'1% del controvalore delle quote della quindicesima ricorrenza annuale.

ART. 6 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Nel caso in cui l'Assicurato non coincida con il Contraente è necessario consegnare – al momento della stipula del Contratto - la copia di un documento di riconoscimento valido, riportante i dati anagrafici dell'Assicurato stesso per la corretta individuazione della sua età.

Trascorsi 6 mesi dalla data di decorrenza del Contratto o dalla sua riattivazione, lo stesso non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

ART. 7 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente ha versato il primo premio ricorrente o la prima rata di premio (in caso di frazionamento del premio) e – unitamente all'Assicurato, se persona diversa – abbia sottoscritto la Proposta-Certificato.

ART. 8 DECORRENZA DEL CONTRATTO

La prestazione di cui all'Art. 3 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO" decorre dal quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di conclusione del Contratto, fatto salvo il mancato ricevimento del premio da parte della Società.

La Maggiorazione Caso Morte inizierà a decorrere dalla data di decorrenza del Contratto anche se il costo per tale garanzia verrà addebitato a partire dalla terza mensilità.

La data di decorrenza del Contratto viene indicata nella Lettera Contrattuale di Conferma che viene inviata al Contraente.

ART. 9 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA

Nel caso in cui alla sottoscrizione delle Proposta-Certificato il Contraente decida di abbinare al Contratto una delle seguenti Garanzie Complementari Facoltative:

- copertura malattie gravi (dread disease);
 - invalidità totale e permanente;
 - copertura malattie gravi (dread disease) comprensiva della copertura di invalidità totale e permanente;
- la copertura assicurativa relativa alla Garanzia Complementare facoltativa è in ogni caso subordinata alla sottoscrizione del Questionario Sanitario allegato alla Proposta-Certificato.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo, la Società si riserva la facoltà di:

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi;

ovvero

- rifiutare l'assunzione del rischio.

La Società comunicherà al Contraente gli eventuali sovrappremi da applicare o il rifiuto del rischio.

Dalla data di invio da parte della Società della comunicazione degli eventuali sovrappremi, il Contraente ha 20 giorni di tempo per rifiutare tali sovrappremi. In caso di rifiuto dei sovrappremi da applicare, la Garanzia Complementare prescelta non verrà attivata e non verrà addebitato il costo della Garanzia dalla terza mensilità.

Nel caso in cui il Contraente non invii nessuna comunicazione alla Società, la Garanzia Complementare inizierà a decorrere e dalla terza ricorrenza mensile verranno addebitati i costi di tale garanzia (comprensivi degli eventuali sovrappremi).

ART. 10 DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dal momento in cui il Contratto è concluso come disciplinato dall'Art. 7 "CONCLUSIONE DEL CONTRATTO" che precede.

Il Contraente per esercitare il diritto di recesso deve rivolgersi direttamente al Soggetto Incaricato e/o inviare alla Società una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - contenente gli elementi identificativi della Proposta-Certificato – alla Società al seguente indirizzo:

AVIVA LIFE S.P.A.
VIALE ABRUZZI 94
20131 MILANO

La Società, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di recesso, rimborserà:

- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Società antecedentemente alla data di decorrenza del contratto il primo premio versato;
- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Società dal giorno della data di decorrenza del contratto il premio versato maggiorato o diminuito della differenza fra il valore unitario delle quote del quarto giorno di Borsa aperto successivo al ricevimento, da parte della Società, della comunicazione di recesso ed il valore unitario delle stesse alla data di decorrenza, moltiplicato per il numero delle quote acquisite alla data di decorrenza del Contratto.

ART. 11 DURATA DEL CONTRATTO - DURATA PAGAMENTO PREMI

11.1 DURATA DEL CONTRATTO

Il Contratto resta in vigore per tutta la vita dell'Assicurato e si scioglie al verificarsi dei seguenti eventi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- alla richiesta, da parte del Contraente, di risoluzione anticipata del Contratto e di liquidazione del valore di riscatto totale;
- **in caso di interruzione dei versamenti, a causa dell'esaurimento delle quote possedute quando le stesse non siano sufficienti a finanziare i costi per la Maggiorazione della Garanzia Morte e per l'eventuale Garanzia Complementare abbinate. In tal caso il contratto si intenderà automaticamente risolto e non sarà più possibile riattivarlo.**

11.2 DURATA PAGAMENTO PREMI

La durata del pagamento premi, non può essere inferiore a 10 anni, è scelta dal Contraente ed indicata nella Proposta-Certificato.

ART. 12 LIMITI DI ETÀ

Al momento della stipulazione del Contratto l'età dell'Assicurato deve essere compresa tra 18 anni e 75 anni.

ART. 13 PREMIO RICORRENTE

Le prestazioni previste, indicate all'Art. 2 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO", sono garantite previo pagamento, da parte del Contraente alla Società, di un premio ricorrente, di cui il primo - o la prima rata mensile - è da corrispondere alla data di conclusione del Contratto e gli altri alle ricorrenze stabilite in base alla scelta di frazionamento del premio indicato dal Contraente nella Proposta-Certificato.

L'importo minimo previsto per il premio ricorrente è pari a Euro 1.200,00, e può essere versato in un'unica soluzione annuale o in rate mensili di Euro 100,00 ciascuna. L'importo massimo del premio è pari a Euro 18.000,00 in caso di frazionamento annuale o Euro 1.500,00 in caso di frazionamento mensile. La prima annualità di premio o la prima rata, viene quietanzata direttamente sulla Proposta-Certificato.

Ad ogni ricorrenza annuale, il Contraente ha la facoltà di modificare la frequenza di versamento prescelta inizialmente e l'importo del premio ricorrente. L'importo del premio ricorrente non può essere comunque inferiore agli importi minimi sopra riportati.

Ogni richiesta di modifica deve pervenire alla Società almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale attraverso il Soggetto Incaricato.

A seguito del pagamento del premio ricorrente o della prima rata di premio - indipendentemente dalla frequenza di versamento prescelta -, la Società invia al Contraente entro dieci giorni lavorativi dalla data di decorrenza la **Lettera Contrattuale di Conferma** che contiene le seguenti informazioni:

- il numero di Polizza, che identifica definitivamente il Contratto;
- la data di decorrenza del Contratto (che coincide con la data di valorizzazione);
- la data di incasso del primo premio corrisposto;
- la durata pagamento premi;
- il primo premio corrisposto;
- il premio investito alla data di decorrenza del Contratto;
- relativamente ai Fondi Interni Assicurativi prescelti:
 - il numero di quote attribuite;
 - il prezzo (valore unitario) al quale è avvenuto l'acquisto.

A seguito del pagamento dei premi annui successivi al primo, la Società invia al Contraente alla chiusura di ogni semestre (30 giugno - 31 dicembre) una **Lettera di Conferma Cumulativa** per i premi ricorrenti versati nel semestre che contiene le seguenti informazioni:

- i premi ricorrenti corrisposti o le rate mensili corrisposte;
- la data di investimento di ciascun premio ricorrente (che coincide con la rata mensile data di valorizzazione);
- i premi investiti alla data di valorizzazione;
- relativamente a ciascun Fondo Interno Assicurativo:
 - il numero delle quote acquistate a fronte dei premi ricorrenti investiti;
 - il prezzo (valore unitario) al quale è avvenuto l'acquisto.

La Società trasmette al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'**Estratto Conto Annuale** della posizione assicurativa, unitamente all'aggiornamento dei dati storici di cui alla Sezione F della Nota Informativa e alla Sezione 6 della Scheda Sintetica, contenente le seguenti informazioni minimali:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto al 31 dicembre dell'anno precedente, numero e controvalore delle quote assegnate al 31 dicembre dell'anno precedente;
- b) dettaglio dei premi versati, di quelli investiti, del numero e del controvalore delle quote assegnate nell'anno di riferimento;
- c) numero e controvalore delle quote trasferite e di quelle assegnate a seguito di operazioni di sostituzione dei Fondi Interni Assicurativi nell'anno di riferimento;
- d) numero delle quote trattenute nell'anno di riferimento per il premio relativo alla Maggiorazione Caso Morte;
- e) numero e controvalore delle quote rimborsate a seguito di riscatto parziale nell'anno di riferimento;
- f) numero delle quote complessivamente assegnate e del relativo controvalore alla fine dell'anno di riferimento;
- g) numero delle quote eventualmente trattenute nell'anno di riferimento per il premio relativo alla eventuale Garanzia Complementare Facoltativa prescelta.

ART. 14 VERSAMENTI AGGIUNTIVI

Il Contraente ha la facoltà di effettuare, in qualsiasi momento, fin dal giorno successivo alla data di decorrenza del Contratto, versamenti aggiuntivi da corrispondere alla data di sottoscrizione del **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi**. L'importo minimo del versamento aggiuntivo è pari a 600,00 Euro.

I versamenti aggiuntivi vengono fatti confluire nei Fondi Interni Assicurativi scelti dal Contraente al momento della sottoscrizione del **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi**.

A seguito del pagamento del versamento aggiuntivo la Società invia al Contraente una **Lettera di Conferma Versamento Aggiuntivo**, entro 10 giorni lavorativi dalla data di investimento, con la quale si danno le seguenti informazioni:

- la conferma dell'avvenuto ricevimento del versamento aggiuntivo, da parte della Società;
- la data di investimento del versamento aggiuntivo (che coincide con la data di valorizzazione);
- il versamento aggiuntivo effettuato;
- il versamento aggiuntivo investito alla data di investimento;
- relativamente a ciascun Fondo Interno Assicurativo:
 - il numero delle quote attribuite a fronte del versamento investito;
 - il prezzo (valore unitario) al quale è avvenuto l'acquisto.

ART. 15 MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI RICORRENTI E DEI VERSAMENTI AGGIUNTIVI

Il pagamento dei premi ricorrenti e/o degli eventuali versamenti aggiuntivi deve essere effettuato mediante addebito automatico sul conto corrente del Contraente.

Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei premi fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

Ai fini di non ostacolare la prosecuzione del rapporto, in caso di estinzione del conto corrente bancario del

Contraente, la Società provvederà ad indicare al Contraente possibili diverse modalità di pagamento del premio quali ad esempio nuova delega RID o bonifico bancario.

Il pagamento degli eventuali versamenti aggiuntivi potrà essere effettuato anche con versamento contestuale alla sottoscrizione del **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi** presso il Soggetto Incaricato. In questo caso il pagamento degli eventuali versamenti aggiuntivi viene quietanzato direttamente sul Modulo.

ART. 16 DETERMINAZIONE DEL CAPITALE ESPRESSO IN QUOTE

Questo Contratto si distingue dalle forme assicurative tradizionali in quanto il capitale viene espresso in quote di Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente.

Al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato, il Contraente decide in quali Fondi Interni Assicurativi, tra quelli abbinati al presente Contratto, investire i premi ricorrenti e gli eventuali versamenti aggiuntivi.

Ai fini della determinazione del numero di quote, si procede come segue:

- il primo premio ricorrente – o la prima rata di premio in caso di frazionamento del premio – viene:
 - diminuito delle spese applicate dalla Società di cui al successivo Art. 18 “SPESE”;
 - diviso per il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di conclusione del Contratto;
- i versamenti successivi al primo, vengono:
 - diminuiti delle spese applicate dalla Società di cui al successivo Art. 18 “SPESE”;
 - divisi per il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente del giorno di incasso da parte della Società. Qualora - per qualunque ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, la Società considererà, il valore unitario delle quote del primo giorno di Borsa aperta successivo.
- gli eventuali versamenti aggiuntivi vengono:
 - diminuiti delle spese applicate dalla Società di cui al successivo Art. 18 “SPESE”;
 - divisi per il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente, del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di addebito del versamento aggiuntivo sul conto corrente del Contraente o alla data di pagamento del versamento presso il Soggetto Incaricato.

ART. 17 VALORE UNITARIO DELLE QUOTE

Il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi viene determinato giornalmente dalla Società, ai sensi del Regolamento, e pubblicato giornalmente sul quotidiano a diffusione nazionale indicato al punto 6. “VALORE DELLA QUOTA” della Nota Informativa.

La Società si riserva, previo avviso al Contraente, di modificare il giornale su cui è pubblicato il valore unitario delle quote del Fondo Interno Assicurativo.

Nei giorni di calendario in cui - per qualunque ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, la Società considererà, ai fini dell’applicazione delle presenti Condizioni di Assicurazione, il valore unitario delle quote quale risultante il primo giorno di Borsa aperta successivo.

ART. 18 SPESE

Le spese relative al presente Contratto, da applicarsi ai premi corrisposti – distinte per tipologia di versamento – sono le seguenti:

SPESA FISSA:

Pari a:

- 20,00 Euro in caso di frazionamento annuale;
- 2,00 Euro in caso di frazionamento mensile.

Più precisamente sia alla decorrenza del Contratto che ad ogni ricorrenza annuale o mensile del Contratto la spesa fissa viene detratta dal premio ricorrente o dalla rata mensile.

SPESA DI GESTIONE:

la spesa di gestione ricorrente viene applicata al premio ricorrente o alla rata di premio mensile (in caso di frazionamento del premio), detratta la spesa fissa. La spesa di gestione decresce in funzione dell'importo del premio ricorrente - o della somma delle 12 rate mensili -, come indicato nella tabella che segue:

PREMIO RICORRENTE SU BASE ANNUA	1° ANNO	DAL 2° ANNO IN POI
da € 1.200,00 a € 4.999,99	2,65%	1,40%
da € 5.000,00 a € 14.999,99	1,95%	0,95%
da € 15.000,00 a € 18.000,00	1,75%	0,60%

la spesa di gestione, viene applicata all'importo del Versamento Aggiuntivo come indicato nella tabella che segue:

VERSAMENTO AGGIUNTIVO	SPESA DI GESTIONE
da € 600,00 a € 4.999,99	1,40%
da € 5.000,00 a € 14.999,99	0,95%
pari o superiore a € 15.000,00	0,60%

COSTO PER LA MAGGIORAZIONE CASO MORTE

Dalla posizione individuale del Contraente dalla terza ricorrenza mansile del Contratto, viene detratto da parte della Società con cadenza mensile il controvalore, convertito in numero di quote, del costo per la Maggiorazione Caso Morte abbinata al Contratto. Il costo di tale Garanzia viene calcolato ad ogni ricorrenza annua del Contratto moltiplicando l'importo del capitale assicurato per il coefficiente relativo all'età dell'Assicurato alla data di calcolo. I coefficienti sono riportati al punto 3.1. "COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO RELATIVO ALLA GARANZIA MORTE" delle Condizioni di Assicurazione.

La Maggiorazione per la Garanzia Morte resta in vigore fin quando la Società può detrarre mensilmente dalla posizione individuale il costo per Maggiorazione Caso Morte e decade automaticamente nel caso in cui ciò non sia più possibile.

COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

Dalla posizione individuale del Contraente dalla terza ricorrenza mensile del Contratto, viene detratto da parte della Società con cadenza mensile il controvalore, convertito in numero di quote, del costo per l'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa abbinata al Contratto. Il costo di tale Garanzia viene calcolato ad ogni ricorrenza annua del Contratto moltiplicando l'importo del capitale assicurato per il coefficiente relativo al sesso e all'età dell'Assicurato alla data di calcolo. I coefficienti sono riportati al punto 3.3.4. "COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE" delle Condizioni delle Garanzie Complementari Facoltative.

L'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa resta in vigore fin quando la Società può detrarre mensilmente dalla posizione individuale il costo per la Garanzia Complementare e decade automaticamente nel caso in cui ciò non sia più possibile.

ART. 19 INTERRUZIONE E RIPRESA DEI VERSAMENTI DEI PREMI RICORRENTI

A partire dalla prima ricorrenza annuale, ad ogni ricorrenza annuale, il Contraente ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi. Ogni richiesta di sospensione deve pervenire alla Società almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale attraverso il Soggetto Incaricato.

Anche se frazionato in più rate, il premio della prima annualità deve essere corrisposto interamente; in caso contrario il Contratto si risolve e le rate di premio pagate restano acquisite dalla Società.

L'interruzione dei versamenti avrà i seguenti effetti:

- non verranno acquisite nuove quote sui Fondi Interni Assicurativi prescelti;
- sarà possibile, comunque, effettuare versamenti aggiuntivi e sostituzione dei Fondi Interni Assicurativi.

Il Contraente ha altresì la possibilità di riprendere i versamenti ricorrenti precedentemente interrotti. In questo caso la Società riprenderà l'accumulo delle quote sui Fondi Interni Assicurativi precedentemente prescelti.

L'interruzione dei versamenti non comporta nessuna sospensione della Maggiorazione della Garanzia Caso Morte e dell'eventuale Garanzia Complementare, per la quale la Società tratterà dal numero delle quote possedute dal Contraente il controvalore, convertito in numero di quote, del costo per le Garanzie fino ad esaurimento del numero di quote.

Nel caso in cui il controvalore delle quote accumulate non fosse più sufficiente a coprire il costo della Maggiorazione della Garanzia Caso Morte e dell'eventuale Garanzia Complementare, il controvalore delle quote residue, convertito in numero di quote, sarà utilizzato per finanziare per l'ultima volta il costo delle Garanzie per un importo ridotto; trascorsa l'ultima ricorrenza in assenza di ulteriori versamenti, le Garanzie termineranno ed il contratto si intenderà risolto e non sarà possibile la riattivazione del Contratto stesso.

ART. 20 RISCATTO

Qualora sia stata pagata interamente la prima annualità di premio e sia trascorso almeno un anno dalla data di decorrenza del Contratto, il Contraente può riscuotere, interamente o parzialmente, il valore di riscatto. Per esercitare la sua scelta il Contraente deve compilare il Modulo di richiesta di liquidazione o inviare una comunicazione scritta alla Società a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno nella quale indica la sua decisione di riscattare totalmente o in parte il Contratto come previsto al successivo Art. 24 "PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ".

La Società corrisponde al Contraente il valore di riscatto - parziale o totale - al netto delle imposte previste per Legge.

In ogni caso, il Contraente può richiedere informazioni relative al proprio valore di riscatto alla Società la quale si impegna a fornire tale informazione nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 10 giorni dalla data di ricezione della richiesta stessa.

RISCATTO TOTALE

Il valore di riscatto è pari al controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelto dal Contraente calcolato moltiplicando il numero di quote per il valore unitario delle stesse del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento della richiesta di riscatto da parte della Società.

L'importo così determinato viene corrisposto per intero qualora siano state interamente trascorsi quattro anni dalla data di decorrenza del Contratto. In caso contrario, il valore di riscatto si ottiene applicando all'importo sopra definito la penale di riscatto, indicata nella seguente tabella, determinata in funzione dell'epoca in cui viene effettuata la richiesta di riscatto:

ANNO DELLA RICHIESTA DI RISCATTO	PENALI DI RISCATTO
Entro il 1° anno	Non Previsto
2° anno	2,50%
3° anno	1,75%
4° anno	1,00%
dal 5° anno	nessuna penalità

In caso di riscatto totale si ha l'estinzione anticipata del contratto.

RISCATTO PARZIALE

Il valore di riscatto parziale viene determinato con gli stessi criteri previsti per il riscatto totale e viene concesso a condizione che:

- l'importo lordo riscattato risulti non inferiore a 1.200,00 Euro;
- il controvalore del capitale residuo espresso in quote dei Fondi Interni Assicurativi non risulti inferiore a 1.200,00 Euro.

La penalità di riscatto minima in caso di riscatto parziale è pari a 25,00 Euro.

In caso di liquidazione del valore di riscatto parziale il Contratto rimane in vigore per le quote residue.

Il valore di riscatto potrebbe risultare inferiore alla somma dei versamenti effettuati, sia per effetto, nel corso della durata contrattuale, del deprezzamento delle attività finanziarie di cui le quote sono rappresentazione, sia per l'applicazione delle spese indicate al precedente Art. 18 "SPESE", sia per l'applicazione delle penalità di riscatto.

Non esiste inoltre alcun valore minimo garantito dalla Società per il valore di riscatto.

ART. 21 PRESTITI

Per il presente Contratto non è prevista l'erogazione di prestiti.

ART. 22 SOSTITUZIONE DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO

Trascorsi trentuno giorni dalla data di decorrenza del Contratto, il Contraente ha il diritto di richiedere alla Società, mediante il **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi**, il trasferimento totale o parziale delle quote dei Fondi Interni Assicurativi precedentemente scelti ad altri Fondi Interni Assicurativi tra quelli gestiti dalla Società in relazione al presente Contratto.

Il controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi precedentemente scelti viene così trasformato in controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi scelti al momento della richiesta di sostituzione.

Tutti i versamenti futuri confluiranno quindi nei nuovi Fondi Interni Assicurativi prescelti, nei termini già precisati.

La conversione viene effettuata nei termini seguenti:

- viene determinato il controvalore delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo precedentemente scelto dal Contraente, moltiplicando il valore unitario delle quote del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento, da parte della Società, del **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi** per il numero delle quote possedute alla stessa data;
- detto importo, al netto della spesa fissa di 25,00 Euro viene diviso per il valore unitario delle quote dei nuovi Fondi Interni Assicurativi, dello stesso giorno. La spesa fissa non si applica alle prime due sostituzioni.

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

- la data di pervenimento del Modulo Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi presso il Soggetto Incaricato;

oppure

- in caso di invio della richiesta direttamente alla Società la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte della Società.

La Società invia una **Lettera di Conferma Sostituzione Fondo** che informa dell'avvenuta sostituzione ed indica per il vecchio ed il nuovo Fondo:

- il prezzo (valore unitario) e la data al quale è avvenuto il trasferimento;
- il numero di quote vendute ed acquistate;
- il controvalore delle quote alla data della sostituzione.

ASSEGNAZIONE DEI FUTURI VERSAMENTI

A partire dalla seconda ricorrenza annua, il Contraente ha la facoltà di richiedere alla Società di modificare la composizione percentuale di attribuzione ai Fondi Interni Assicurativi scelta, con riferimento ai soli versamenti futuri.

La richiesta alla Società relativa ai futuri versamenti deve essere effettuata compilando la sezione relativa all'Assegnazione dei Futuri Versamenti del Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi, e deve pervenire alla Società almeno 60 giorni prima della ricorrenza annua del Contratto.

Nei Fondi Interni Assicurativi inizialmente scelti restano investite le quote acquisite sulla base della precedente composizione percentuale dei Fondi Interni Assicurativi.

ART. 23 OPZIONI CONTRATTUALI - CONVERSIONE DEL VALORE DI RISCATTO IN RENDITA

Al termine della durata pagamenti premi, il Contraente ha la possibilità di richiedere di convertire il valore del riscatto in una delle seguenti forme di rendita erogabili in modo posticipato:

- a) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile fino a che l'Assicurato sia in vita;
- b) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in modo certo nei primi cinque anni o dieci anni e, successivamente, fino a che l'Assicurato sia in vita;
- c) una rendita annua vitalizia rivalutabile, su due teste, quella dell'Assicurato (prima testa) e quella di un altro soggetto (seconda testa), pagabile fino al decesso dell'Assicurato, e successivamente in misura totale o parziale fino a che sia in vita l'altro soggetto (seconda testa).

La conversione del valore di riscatto in rendita viene concessa a condizione che:

- l'importo della rendita non sia inferiore a 3.000,00 Euro annui;
- l'Assicurato all'epoca della conversione non superi gli 85 anni di età

La Società si impegna ad inviare entro trenta giorni dalla data della richiesta di conversione una descrizione sintetica delle rendite di opzione esercitabili in caso di riscatto del Contratto, con evidenza dei relativi costi e condizioni economiche che risulteranno in vigore all'epoca della conversione del valore del riscatto in rendita.

Il Contraente ha 30 giorni di tempo dalla data di ricevimento delle informazioni sulle opzioni per decidere di convertire il valore di riscatto in rendita.

Decorso tale termine le condizioni di conversione decadono automaticamente. In caso di conferma di conversione la Società si impegna a trasmettere, la Scheda Sintetica, la Nota informativa e le Condizioni di Assicurazione relative alla rendita di opzione scelta dall'avente diritto contenente le modalità per la sua rivalutazione annuale.

ART. 24 PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Le domande di liquidazione, con allegata la documentazione richiesta, devono essere:

- consegnate al Soggetto Incaricato, previa compilazione del Modulo di richiesta di liquidazione - indirizzate comunque a AVIVA Life S.p.A., Viale Abruzzi n. 94, 20131 Milano -;
- inviate a AVIVA Life S.p.A., Viale Abruzzi n. 94, 20131 Milano – a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - solo nei casi strettamente particolari in cui non si abbia più alcun rapporto diretto con il Soggetto Incaricato.

Le liquidazioni vengono effettuate entro trenta giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria.

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

- la data in cui il Contraente firma il Modulo di richiesta liquidazione presso il Soggetto Incaricato, riportata in calce al Modulo stesso;
- oppure
- in caso di invio della richiesta di liquidazione direttamente alla Società la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte della Società.

La richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, distintamente per tipo di richiesta effettuata, dalla seguente documentazione:

IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

- **certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;**
- **certificato medico indicante la causa del decesso;**
- se l'Assicurato (nel caso in cui coincida con il Contraente) NON ha lasciato testamento: **atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio**, in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il

-
- loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritto o quote di eredità);
- se l'Assicurato (nel caso in cui coincida con il Contraente) HA lasciato testamento: copia autenticata del testamento e/o verbale di pubblicazione dello stesso ed **atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autentica sostitutiva dell'atto notorio** in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato nel quale sono indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritto o quote di eredità);
 - **decreto del Giudice Tutelare** che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori o privi di capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento; il decreto può essere consegnato anche in copia autenticata;
 - per ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori - qualora essi siano minorenni o privi di capacità di agire - sarà sufficiente compilare il Modulo di richiesta di liquidazione e le dichiarazioni sottoscritte verranno direttamente appurate dal Soggetto Incaricato. Solo nel caso in cui tale richiesta venga inviata a mezzo posta, e quindi non sia possibile l'autenticazione delle dichiarazioni, ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori dovrà inviare alla Società anche la seguente documentazione:
 - a) **copia di un valido documento di identità;**
 - b) **copia del codice fiscale;**
 - c) **dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario** con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice C.A.B., A.B.I. e C.I.N..

IN CASO DI RICHIESTA DI RISCATTO

- il Contraente dovrà compilare il Modulo di richiesta di liquidazione e le dichiarazioni sottoscritte verranno direttamente autenticate dal Soggetto Incaricato. Solo nel caso in cui la richiesta di riscatto venga inviata a mezzo posta, il Contraente dovrà inviare alla Società anche la seguente documentazione:
 - d) **copia di un valido documento di identità;**
 - e) **copia del codice fiscale;**
 - f) **dichiarazione sottoscritta dal Contraente** con indicato il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice C.A.B., A.B.I. e C.I.N.;
- l'Assicurato (se persona diversa dal Contraente) al momento della presentazione della richiesta di riscatto da parte del Contraente, dovrà sottoscrivere nel Modulo di richiesta di liquidazione la propria dichiarazione di esistenza in vita. Solo in caso di invio di tale richiesta a mezzo posta, sarà necessario che il Contraente invii anche **copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;**
- nel caso di richiesta di riscatto parziale, la modalità di richiesta è la medesima del riscatto totale; il Contraente dovrà comunque indicare l'importo che intende riscattare nel Modulo di richiesta di liquidazione. Solo in caso di invio della richiesta di riscatto parziale a mezzo posta, tale indicazione dovrà essere inviata unitamente alla documentazione indicata in caso di riscatto totale.
- il Contraente dovrà indicare nel Modulo di richiesta di liquidazione l'eventuale scelta di opzione di conversione del valore del riscatto totale in rendita. Solo in caso di invio della richiesta di liquidazione a mezzo posta alla Società, sarà necessario che il Contraente invii una dichiarazione scritta relativamente a tale scelta;
- nel caso di scelta di conversione del valore di riscatto in una delle forme previste di rendita annua vitalizia, ogni anno e per tutto il periodo di corresponsione della rendita, l'Assicurato dovrà sottoscrivere, presso il Soggetto Incaricato dove è stato stipulato il Contratto, la propria dichiarazione di esistenza in vita. Solo in caso di invio della richiesta di liquidazione a mezzo posta alla Società, sarà necessario che l'Assicurato invii ogni anno il proprio **certificato di esistenza in vita o autocertificazione.**

La Società si riserva di chiedere, in tutti i casi, l'ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per definire la liquidazione dell'importo spettante.

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

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione sopraindicata.

Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

ART. 25 BENEFICIARI

La designazione dei Beneficiari fatta dal Contraente e riportata nella Proposta- Certificato può essere in qualsiasi momento modificata con richiesta del Contraente alla Società, tramite apposita comunicazione da presentare al Soggetto Incaricato oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

La designazione beneficiaria non può essere modificata nei seguenti casi:

dopo che il Contraente e i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società rispettivamente la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;

dopo il decesso del Contraente, se non con il consenso dei Beneficiari stessi;

dopo che, verificatosi l'evento, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di voler profittare del beneficio.

ART. 26 DUPLICATO DELLA PROPOSTA-CERTIFICATO

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'esemplare della Proposta-Certificato del Contraente, lo stesso o gli aventi diritto, possono ottenere un duplicato a proprie spese e responsabilità.

ART. 27 TITOLARITÀ DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Fermo restando che i versamenti effettuati dal Contraente, al netto delle eventuali spese, sono investiti, convertiti in numero di quote, nei Fondi Interni Assicurativi, resta inteso che la titolarità dei Fondi Interni Assicurativi rimane di proprietà della Società.

ART. 28 CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come può costituirlo in pegno in favore di un terzo o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci solo quando la Società, dietro comunicazione scritta del Contraente inviata tramite il Soggetto Incaricato o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, ne abbia fatto annotazione su apposita Appendice al Contratto.

Nel caso di vincolo, l'operazione di riscatto, ed in generale l'operazione di liquidazione e di variazione contrattuale, richiedono l'assenso scritto del vincolatario.

Nel caso di pegno, l'operazione di riscatto, ed in generale l'operazione di liquidazione e di variazione contrattuale, devono essere richieste dal creditore pignoratizio che si sostituisce in tutto e per tutto al Contraente cedente.

ART. 29 IMPOSTE

Le imposte, presenti e future, dovute sugli atti dipendenti dal Contratto sono a carico del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari o degli aventi diritto, secondo le Norme di Legge vigenti.

ART. 30 TRASFORMAZIONE

Il presente Contratto non può, in nessun caso, essere trasformato in altro tipo di Contratto.

ART. 31 ARROTONDAMENTO

Tutti i valori in Euro riportati nel presente Contratto e nelle comunicazioni che la Società farà al Contraente e all'Assicurato ed ai Beneficiari sono indicati con due decimali. L'arrotondamento della seconda cifra avviene con il criterio commerciale, e cioè per difetto, se la terza cifra decimale è inferiore a 5, per eccesso, se è pari o superiore a 5.

ART. 32 FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

3.1 COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO RELATIVO ALLA GARANZIA MORTE

COEFFICIENTI IN FUNZIONE DELL'ETÀ RAGGIUNTA DALL'ASSICURATO, PER IL CALCOLO DEL PREMIO MENSILE RELATIVO ALLA GARANZIA MORTE, PER _ 1.000 DI CAPITALE ASSICURATO.

Età	Coefficienti	Età	Coefficienti	Età	Coefficienti	Età	Coefficienti
18	0,082	41	0,158	64	1,666	87	13,882
19	0,087	42	0,172	65	1,836	88	14,967
20	0,090	43	0,188	66	2,017	89	16,101
21	0,094	44	0,207	67	2,190	90	17,330
22	0,099	45	0,225	68	2,383	91	18,975
23	0,099	46	0,252	69	2,585	92	20,385
24	0,101	47	0,288	70	2,853	93	21,876
25	0,105	48	0,321	71	3,083	94	23,448
26	0,108	49	0,353	72	3,357	95	25,101
27	0,114	50	0,382	73	3,647	96	26,838
28	0,120	51	0,413	74	3,989	97	28,658
29	0,126	52	0,457	75	4,385	98	30,558
30	0,129	53	0,515	76	4,846	99	32,540
31	0,132	54	0,575	77	5,278	100	34,599
32	0,131	55	0,648	78	5,789	101	36,732
33	0,128	56	0,723	79	6,390	102	38,934
34	0,126	57	0,806	80	7,070	103	41,199
35	0,125	58	0,901	81	7,904	104	43,521
36	0,125	59	1,005	82	8,754	105	45,889
37	0,128	60	1,117	83	9,665	106	48,294
38	0,134	61	1,238	84	10,637	107	50,725
39	0,137	62	1,369	85	11,711	108	53,169
40	0,145	63	1,509	86	12,812	109	55,612

3.2 REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

AVIVA NEW BDM CORALLO – AVIVA NEW BDM STELLA MARINA

AVIVA BDM NEW TRITONE

ART. 1 ISTITUZIONE E DENOMINAZIONE DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

La Società ha istituito e gestisce, secondo le modalità previste dal presente Regolamento, un portafoglio di valori mobiliari suddivisi e diversificati in Fondi Interni Assicurativi, denominati AVIVA NEW BDM CORALLO – AVIVA NEW BDM STELLA MARINA – AVIVA NEW BDM TRITONE.

Il Contraente, al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato, sceglie uno o più Fondi Interni Assicurativi tra quelli predisposti dalla Società.

Il patrimonio di ciascun Fondo costituisce patrimonio separato rispetto al patrimonio della Società ed a quello di ogni altro Fondo Interno Assicurativo dalla stessa gestito.

Il Fondo Interno Assicurativo è ripartito in quote di pari valore che vengono costituite e cancellate secondo le modalità indicate al successivo Art. 4 “COSTITUZIONE E CANCELLAZIONE DELLE QUOTE”.

La Società, qualora ne ravvisasse l'opportunità in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi di gestione, senza addurre danno alcuno al Contraente e nel rispetto dei criteri e dei profili di investimento scelti dal Contraente all'atto della stipula del Contratto, potrà procedere alla fusione dei Fondi Interni Assicurativi con altri Fondi Interni Assicurativi aventi analoghe caratteristiche.

In particolare si precisa che fra le cause di necessità di fusione del Fondo Interno Assicurativo con altro Fondo Interno Assicurativo avente analoghe caratteristiche si individua la consistenza patrimoniale del Fondo inferiore a Euro 5.000.000,00.

Qualora la Società intenda dar corso all'operazione di fusione il Contraente riceverà una informativa preliminare con almeno 60 giorni di anticipo rispetto alla data di decorrenza dell'operazione, con possibilità di riscatto senza penalità.

Il valore del patrimonio del Fondo Interno Assicurativo non può essere inferiore all'importo delle Riserve Matematiche costituite dalla Società per le assicurazioni sulla vita, le cui prestazioni sono espresse in quote del Fondo stesso.

La valuta di denominazione del Fondo Interno Assicurativo è l'Euro.

ART. 2 SCOPO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Lo scopo di ciascun Fondo Interno Assicurativo è di realizzare l'incremento delle somme conferite dai sottoscrittori di un Contratto espresso in quote di Fondi Interni Assicurativi.

ART. 3 PROFILI DI RISCHIO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Il grado di rischio di ciascun Fondo Interno Assicurativo dipende in larga misura dalla composizione del portafoglio degli stessi e, in particolare, dalle oscillazioni che si registrano nel valore unitario delle quote degli OICR in cui sono eventualmente investite le disponibilità allocate nei Fondi Interni Assicurativi, nonché dall'eventuale rischio di cambio.

Il profilo di rischio per ciascun Fondo è il seguente:

- Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM CORALLO: basso
- Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM STELLA MARINA: medio - basso
- Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM TRITONE: medio

In particolare, l'investimento nei Fondi Interni Assicurativi è esposto, in misura diversa in relazione ai diffe-

renti criteri di investimento propri del Fondo stesso e comunque indirettamente quale effetto della sottoscrizione di quote di OICR, ai seguenti profili di rischio:

- il **rischio di prezzo**, tipico dei titoli di capitale (es. azioni), collegato alla variabilità dei loro prezzi; a questo proposito va segnalato che i prezzi risentono sia delle aspettative dei mercati sulle prospettive di andamento economico degli emittenti (**rischio specifico**), sia delle fluttuazioni dei mercati nei quali i titoli sono negoziati (**rischio sistematico**);
- il **rischio di interesse**, tipico dei titoli di debito (es. obbligazioni), collegato alla variabilità dei loro prezzi derivante dalle fluttuazioni dei tassi di interesse di mercato;
- il **rischio di controparte**, tipico dei titoli di debito, connesso all'eventualità che l'emittente, per effetto di un deterioramento della sua solidità patrimoniale, non sia in grado di pagare l'interesse o di rimborsare il capitale;
- il **rischio di liquidità**, correlato all'attitudine di uno strumento finanziario a trasformarsi prontamente in moneta senza perdita di valore;
- il **rischio di cambio**, per le attività denominate in valute diverse dall'Euro.

ART. 4 COSTITUZIONE E CANCELLAZIONE DELLE QUOTE

La costituzione delle quote del Fondo Interno Assicurativo viene effettuata dalla Società in misura non inferiore agli impegni assunti giornalmente con le Assicurazioni sulla vita le cui prestazioni sono espresse in quote del Fondo Interno Assicurativo stesso.

La costituzione delle quote comporta il contestuale incremento del patrimonio del Fondo Interno Assicurativo in misura pari al controvalore delle quote emesse, in base al valore unitario delle quote stesse, rilevato il giorno della loro costituzione.

La cancellazione delle quote del Fondo Interno Assicurativo viene effettuata dalla Società in misura non superiore agli impegni venuti meno relativamente alle Assicurazioni sulla vita le cui prestazioni sono espresse in quote del Fondo Interno Assicurativo stesso.

La cancellazione delle quote comporta il contestuale prelievo dal patrimonio del Fondo Interno Assicurativo del controvalore delle quote rimborsate, in base al valore unitario delle quote stesse, rilevato il giorno della loro cancellazione.

ART. 5 TIPOLOGIA DEGLI INVESTIMENTI

I Fondi Interni Assicurativi collegati al Contratto si distinguono per finalità, composizione del portafoglio e profilo di rischio; in questo modo, sulla base delle opportunità offerte dai mercati finanziari, il Contraente può valutare il rapporto rischio/rendimento in funzione degli obbiettivi che intende perseguire e decidere, nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione, di destinare il versamento effettuato in quote di uno o più Fondi Interni Assicurativi, denominati: AVIVA NEW BDM CORALLO – AVIVA NEW BDM STELLA MARINA – AVIVA NEW BDM TRITONE.

La caratteristica principale di ciascun Fondo Interno Assicurativo è quella di investire gli attivi detenuti dalla Società in quote di Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio (OICR) sia di diritto comunitario che di diritto estero, che soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva CEE 85/611, come modificata dalla Direttiva CEE 88/220.

Gli OICR utilizzati avranno le seguenti caratteristiche: sono denominati in Euro, non distribuiscono i proventi e sono diversificati per classe di investimento, area geografica e altri fattori di rischio, permettendo in tal modo l'efficiente gestione del portafoglio in funzione dell'asset allocation definita.

L'investimento in strumenti finanziari o monetari di uno stesso emittente non può essere effettuato per un valore superiore al 10% del totale delle attività assegnate al Fondo Interno Assicurativo, con esclusione dei titoli a cui aderiscono uno o più Stati Membri. Sono inoltre esclusi i titoli di debito emessi da altri Stati della zona A ai quali sia stato attribuito un rating pari a "AAA" o equivalente.

Non potranno essere assegnati al Fondo Interno Assicurativo strumenti finanziari non quotati.

Gli investimenti verranno scelti in funzione dello scopo di ciascun Fondo e del profilo di rischio di cui sopra e la loro ripartizione sarà effettuata in base ai criteri di investimento indicati ai successivi articoli 7, 8 e 9.

Gli Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio che compongono i Fondi Interni Assicurativi sono stati scelti in base alla loro potenzialità di crescita sul lungo periodo e alla loro solidità finanziaria.

La Società si riserva di affidare la gestione dei Fondi Interni Assicurativi e le relative scelte di investimento a qualificate Società di Gestione del Risparmio, nel quadro dei criteri di allocazione del patrimonio da essa predefiniti, attraverso un adeguato e sistematico servizio di asset allocation. La Società ha comunque l'esclusiva responsabilità nei confronti dei Contraenti per l'attività di gestione dei Fondi.

Nella gestione potrà essere fatto ricorso all'utilizzo di strumenti derivati, qualora utili a proteggere il valore dell'investimento.

L'eventuale utilizzo di strumenti finanziari derivati è ammesso per soli fini di copertura o al fine di realizzare una gestione efficace del portafoglio di ciascun Fondo Interno Assicurativo nel rispetto comunque delle disposizioni introdotte dal provvedimento ISVAP nr 297/1996 e sue successive modifiche.

L'impiego di tali strumenti finanziari sarà comunque coerente con il profilo di rischio del Fondo Interno Assicurativo.

Inoltre si prevede la possibilità di investire in parti di OICR promossi o gestiti da imprese appartenenti al Gruppo AVIVA o in altri strumenti finanziari emessi da Società del Gruppo AVIVA o da Società appartenenti al Gruppo Banca Marche.

I Fondi Interni Assicurativi AVIVA NEW BDM CORALLO – AVIVA NEW BDM STELLA MARINA – AVIVA NEW BDM TRITONE attualmente investono gli attivi in quote di uno o più OICR che sono soggetti ad imposizione fiscale. I crediti di imposta eventualmente maturati non verranno riconosciuti al Fondo assicurativo in quanto la Società trattiene tale credito di imposta che pertanto non va a beneficio dei Contraenti. Tale mancato riconoscimento si può tradurre, indirettamente, in una doppia imposizione fiscale.

Le eventuali somme retrocesse alla Società dalle società di gestione del risparmio, derivanti dalle commissioni di gestione applicate agli OICR, saranno riconosciute al patrimonio di ciascun Fondo Interno Assicurativo con la stessa frequenza di valorizzazione delle quote.

ART. 6 PARTECIPANTI AL FONDO INTERNO ASSICURATIVO

A ciascun Fondo Interno Assicurativo possono partecipare sia le persone fisiche che le persone giuridiche, mediante la sottoscrizione di un contratto espresso in quote del Fondo Interno Assicurativo prescelto.

ART. 7 CRITERI DI INVESTIMENTO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO AVIVA NEW BDM CORALLO

La caratteristica principale del Fondo Interno Assicurativo è quella di investire gli attivi detenuti dalla Società in quote di Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio (OICR), sia di diritto comunitario che di diritto estero (armonizzati UE) che soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva 85/611/CEE. Gli OICR utilizzati avranno le seguenti caratteristiche: possono essere denominati in Euro, dollari statunitensi e Yen Giapponesi, non distribuiscono proventi e sono diversificati per classi di investimento, area geografica e altri fattori di rischio, permettendo in tal modo l'efficiente gestione del portafoglio in funzione dell'asset allocation definita.

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM CORALLO secondo quanto indicato nella Seguevole tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	60%
Obbligazionario	50%	100%

Il benchmark adottato nella gestione del Fondo AVIVA NEW BDM CORALLO è composto da:

- 25% Merrill Lynch Euro Govt Bill
- 50% Merrill Lynch Emu Direct 1-3Y
- 25% Merrill Lynch Emu Direct 1-5Y

Il parametro di riferimento è calcolato con il metodo “a proporzioni costanti” in cui i pesi degli indici che lo compongono vengono mantenuti costanti per tutta la durata della gestione.

L'obiettivo della gestione è quello di replicare l'andamento dell'indice ottenendo risultati e rendimenti tendenti a quelli raggiunti dal benchmark.

ART. 8 CRITERI DI INVESTIMENTO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO AVIVA NEW BDM STELLA MARINA

La caratteristica principale del Fondo Interno Assicurativo è quella di investire gli attivi detenuti dalla Società in quote di Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio (OICR), sia di diritto comunitario che di diritto estero (armonizzati UE) che soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva 85/611/CEE. Gli OICR utilizzati avranno le seguenti caratteristiche: possono essere denominati in Euro, dollari statunitensi e Yen Giapponesi, non distribuiscono proventi e sono diversificati per classi di investimento, area geografica e altri fattori di rischio, permettendo in tal modo l'efficiente gestione del portafoglio in funzione dell'asset allocation definita.

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM STELLA MARINA secondo quanto indicato nella Seguevole tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	40%
Obbligazionario	0%	70%
Azionario	30%	70%

Il benchmark adottato nella gestione del Fondo AVIVA NEW BDM STELLA MARINA è composto da:

- 15% Merrill Lynch Euro Govt Bill
- 20% Merrill Lynch Emu Direct 1-3Y
- 15% Merrill Lynch Emu Direct 1-5Y
- 50% FTSE World

Il parametro di riferimento è calcolato con il metodo “a proporzioni costanti” in cui i pesi degli indici che lo compongono vengono mantenuti costanti per tutta la durata della gestione.

L'obiettivo della gestione è quello di replicare l'andamento dell'indice ottenendo risultati e rendimenti tendenti a quelli raggiunti dal benchmark.

ART. 9 CRITERI DI INVESTIMENTO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO AVIVA NEW BDM TRITONE

La caratteristica principale del Fondo Interno Assicurativo è quella di investire gli attivi detenuti dalla Società in quote di Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio (OICR), sia di diritto comunitario che di diritto estero (armonizzati UE) che soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva 85/611/CEE. Gli OICR utilizzati avranno le seguenti caratteristiche: possono essere denominati in Euro, dollari statunitensi e Yen Giapponesi, non distribuiscono proventi e sono diversificati per classi di investimento, area geografica e altri fattori di rischio, permettendo in tal modo l'efficiente gestione del portafoglio in funzione dell'asset allocation definita.

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM TRITONE secondo quanto indicato nella Seguevole tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	30%
Obbligazionario	0%	30%
Azionario	51%	100%

Il benchmark adottato nella gestione del Fondo AVIVA NEW BDM TRITONE è composto da:

- 10% Merrill Lynch Euro Govt Bill
- 90% FTSE World

Il parametro di riferimento è calcolato con il metodo “a proporzioni costanti” in cui i pesi degli indici che lo compongono vengono mantenuti costanti per tutta la durata della gestione.

L'obiettivo della gestione è quello di replicare l'andamento dell'indice ottenendo risultati e rendimenti tendenti a quelli raggiunti dal benchmark.

ART. 10 SPESE GRAVANTI SUI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Le spese a carico dei Fondi Interni Assicurativi, trattenute giornalmente dalla Società, sono rappresentate da:

- a) Commissione di gestione applicata dalla Società: viene trattenuta giornalmente ed incide sulla valorizzazione delle quote dei Fondi Interni Assicurativi stessi; è applicata sul patrimonio complessivo di ciascun Fondo Interno Assicurativo, al netto di tutte le passività, comprese le spese a carico dei Fondi dei punti che seguono, è differenziata per ogni Fondo ed è pari a:
 - Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM CORALLO: 1,50%
 - Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM STELLA MARINA: 2,10%
 - Fondo Interno Assicurativo AVIVA NEW BDM TRITONE: 2,10%
- b) Gli oneri di intermediazione e le spese di negoziazione, amministrazione e custodia delle attività.
- c) Le spese di pubblicazione del valore unitario delle quote.
- d) I compensi dovuti alla Società di Revisione di cui all'Art. 12 “REVISIONE CONTABILE” che segue.
- e) Gli oneri fiscali, le spese per l'eventuale deposito presso i soggetti abilitati e gli oneri connessi agli strumenti finanziari ricompresi nel patrimonio gestito.
- f) Commissioni di gestione applicate dalla SGR: sui Fondi Interni Assicurativi gravano indirettamente le spese di gestione e gli oneri propri degli Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio (OICR) in cui sono investite le relative disponibilità.

Tali commissioni vengono espresse in percentuale sul valore giornaliero degli OICR.

La percentuale massima delle commissioni di gestione prelevate da parte della Società di Gestione (SGR) non supererà il 2,50% su base annua. Qualora le condizioni economiche di mercato varino sensibilmente, previa comunicazione al Contraente, la Società potrà rivedere il costo massimo sopra previsto e in questo caso al Contraente è concesso il riscatto senza penalità.

Si precisa che la commissione annua massima applicata dalla Società di Gestione (SGR) alla data di costituzione dei Fondi Interni Assicurativi non è superiore a:

- a 2,28% per gli OICR appartenenti al comparto azionario;
- a 1,80% per gli OICR appartenenti al comparto obbligazionario;
- a 0,65% per gli OICR appartenenti al comparto monetario.

Le eventuali utilità derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Compagnia in virtù di accordi con soggetti terzi saranno interamente riconosciute a favore dei Fondi Interni.

Il valore monetario di tali utilità sarà annualmente quantificato nel rendiconto annuale di ciascun Fondo Interno Assicurativo ed ogni anno potrà variare in funzione del diverso peso degli OICR appartenenti al comparto azionario, obbligazionario e monetario all'interno del Fondo Interno Assicurativo stesso.

Nel caso in cui tali riconoscimenti di utilità subiscano variazioni sostanziali in senso sfavorevole per il Fondo, la Società adotterà le soluzioni più idonee al fine di neutralizzare le conseguenze economiche di tali variazioni.

Si precisa altresì che su ciascun OICR possono gravare una serie di oneri ulteriori che riducono il valore unitario delle relative quote quali, ad esempio, le spese di pubblicazione del valore della quota, gli oneri di intermediazione per la compravendita mobiliare, le spese legali e fiscali, i costi di Banca Depositaria e di transfer agent.

Sui Fondi Interni non potranno gravare le spese relative alla sottoscrizione o al rimborso di OICR promossi o gestiti da imprese appartenenti al Gruppo AVIVA; sulla quota parte dei Fondi rappresentata da tali OICR grava per intero la commissione di gestione del Fondi stessi, in quanto interamente destinata alla copertura del servizio di asset allocation e delle spese di amministrazione dei contratti.

ART. 11 VALORE UNITARIO DELLE QUOTE E RELATIVA PUBBLICAZIONE

MODALITÀ DI VALORIZZAZIONE DELLE QUOTE: Il valore unitario delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo si ottiene dividendo il patrimonio netto giornaliero di ciascun Fondo Interno Assicurativo per il numero delle quote in cui è ripartito alla stessa data ciascun Fondo Interno Assicurativo.

Il patrimonio netto giornaliero dei Fondi Interni Assicurativi viene determinato in base alla valorizzazione – a valori correnti di mercato – di tutte le attività di pertinenza dei Fondi, al netto di tutte le passività, comprese le spese a carico dei Fondi di cui al precedente Art. 10 “SPESE GRAVANTI SUI FONDI INTERNI ASSICURATIVI”.

Le attività e le passività di pertinenza di ciascun Fondo Interno Assicurativo sono valorizzate a valori correnti di mercato riferiti allo stesso giorno di valorizzazione delle quote o, in alternativa se tali valori non fossero disponibili (ad esempio a seguito di decisioni degli Organi di Borsa o di eventi che provochino rilevanti turbative dei mercati), al primo giorno utile precedente.

Nei giorni di calendario in cui - per qualsiasi ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, la Società considera come valore unitario delle quote quello risultante il primo giorno di rilevazione successivo.

Il valore unitario delle quote, quale risulta dal prospetto giornaliero, viene pubblicato su un principale quotidiano finanziario a diffusione nazionale, indicato nella Nota Informativa (punto 6 “VALORE DELLA QUOTA”). La Società si riserva, previo avviso al Contraente, di modificare il giornale su cui è pubblicato il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi.

TEMPISTICA DI VALORIZZAZIONE DELLE QUOTE: Il valore unitario delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo è determinato quotidianamente dalla Società utilizzando per la valorizzazione delle attività di pertinenza di ciascun Fondo stesso il prezzo di mercato del secondo giorno precedente a quello di valorizzazione ad esclusione dei giorni di chiusura delle Borse valori nazionali ed internazionali. I prezzi utilizzati sono i prezzi di chiusura desunti dal Listino Ufficiale delle Borse valori nazionali ed internazionali.

Nel caso in cui sopravvengono eventi che provochino rilevanti turbative dei mercati tali da comportare la sospensione, eliminazione o mancata rilevazione del valore di mercato degli Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio sottostanti i Fondi Interni Assicurativi la quotazione viene rinviata fino a quando la quotazione degli stessi si renda nuovamente disponibile.

Per “Evento di Turbativa dei Mercati” si intende, con riferimento agli Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio sottostanti i Fondi Interni Assicurativi, l’esistenza di una sospensione o limitazione alle contrattazioni sul corrispondente Mercato Borsistico di Riferimento. Per completezza, resta inteso che una limitazione all’orario normale di contrattazione annunciata dal Mercato Borsistico di Riferimento, non costituirà un Evento di turbativa dei Mercati, al contrario, una limitazione alle contrattazioni dovuta ad una fluttuazione dei prezzi che eccede i livelli permessi dalle autorità competenti costituirà un Evento di Turbativa dei Mercati. Alla data di costituzione il valore unitario delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo è convenzionalmente fissato ad Euro 5,00.

ART. 12 REVISIONE CONTABILE

Annualmente, alla chiusura di ogni esercizio, la Società redige il rendiconto della gestione di ciascun Fondo Interno Assicurativo. Entro un mese dalla data di redazione del rendiconto della gestione, il Fondo Interno Assicurativo è sottoposto a verifica contabile da parte di una Società di Revisione iscritta all’Albo Speciale di cui al Decreto Legislativo del 24/02/1998 nr. 58 art. 161, e successive modificazioni che attesta la rispondenza di ogni Fondo Interno Assicurativo al presente Regolamento e certifica l’adeguatezza delle attività gestite rispetto agli impegni assunti, sulla base delle Riserve Matematiche, ed il valore unitario delle quote. In particolare si precisa che la Società di Revisione dovrà esprimere con un’apposita relazione, un giudizio circa la concordanza della gestione degli attivi con i criteri d’investimento stabiliti dal Regolamento, la

rispondenza delle informazioni contenute nel rendiconto alle risultanze delle registrazioni contabili, la corretta valutazione delle attività del Fondo Interno Assicurativo nonché la corretta determinazione e valorizzazione delle quote del Fondo alla fine di ogni esercizio.

Il rendiconto della gestione, insieme alla relazione di revisione predisposta dalla Società di Revisione, è a disposizione del Contraente presso la sede della Società ultimata la verifica della Società di Revisione e comunque non oltre 30 giorni dalla sua redazione.

ART. 13 MODIFICHE DEL REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Il presente Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi può subire modifiche derivanti dall'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali, con l'esclusione di quelli meno favorevoli per il Contraente.

In ogni caso, tali modifiche saranno tempestivamente comunicate al Contraente.

Come indicato al precedente punto 1. del presente Regolamento, è inoltre ammessa la possibilità di fusione del Fondo Interno Assicurativo con altro Fondo della Società avente caratteristiche del tutto similari. In tal caso, la Società provvederà ad inviare preventivamente una comunicazione al Contraente contenente le motivazioni che hanno determinato la scelta di fusione e le relative conseguenze anche in termini economici, la data di effetto della fusione, le caratteristiche e la composizione dei Fondi Interni Assicurativi interessati dall'operazione, l'indicazione delle commissioni gravanti sul nuovo Fondo Interno Assicurativo, i criteri di liquidazione degli attivi del Fondo oggetto di fusione e di reinvestimento nel nuovo Fondo nonché le modalità di adesione o meno all'operazione di fusione.

Decorsi sessanta giorni dalla data di ricezione della comunicazione da parte del Contraente, la Società provvederà a trasferire, senza alcun onere o spese per il Contraente, tutte le attività finanziarie relative al Fondo Interno Assicurativo originariamente collegato al Contratto presso il Fondo derivante dalla fusione.

Indipendentemente dalle modalità di fusione, tale operazione non potrà comportare alcun aggravio economico per il Contraente al quale sarà comunque concessa la facoltà di riscatto del Contratto o il trasferimento ad altro Fondo Interno Assicurativo senza l'applicazione di alcun onere.

3.3 CONDIZIONI DELLE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

3.3.1 NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE COMPLEMENTARI

ART. 1 ATTIVAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

Il Contraente può richiedere al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato l'attivazione di **una sola** tra le seguenti Garanzie Complementari:

- Copertura Malattie Gravi (dread disease);
- Copertura Malattie Gravi (dread disease) comprensiva dell'Invalidità Totale e Permanente;
- Invalidità Totale e Permanente;

ART. 2 DISATTIVAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

La Garanzia Complementare prescelta, una volta sottoscritta, non potrà essere modificata in corso di Contratto, ma potrà essere sospesa.

Il Contraente dovrà comunicare la propria volontà di voler sospendere la Garanzia Complementare prescelta almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale rivolgendosi direttamente al Soggetto Incaricato. Dopo che la Garanzia Complementare è stata sospesa non può più essere riattivata.

ART. 3 DECORRENZA DEGLI EFFETTI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

La concessione della copertura assicurativa è subordinata alla compilazione del Questionario Sanitario allegato alla Proposta-Certificato. La Garanzia Complementare decorrerà dalla terza ricorrenza mensile successiva alla data di decorrenza della Garanzia Principale e con i limiti indicati:

- all'Art. 5 "ESCLUSIONI" del punto 3.3.2 "CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) - COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRENSIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE" che segue;
- all'Art. 4 "ESCLUSIONI" del punto 3.3.3 "CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE" che segue.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo, la Società si riserva la facoltà di:

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi;

ovvero

- rifiutare l'assunzione del rischio.

La Società comunicherà al Contraente gli eventuali sovrappremi da applicare o il rifiuto del rischio.

Dalla data di invio da parte della Società della comunicazione degli eventuali sovrappremi, il Contraente ha 20 giorni di tempo per rifiutare tali sovrappremi. In caso di rifiuto dei sovrappremi da applicare, la Garanzia Complementare prescelta non verrà attivata e non verrà addebitato il costo della Garanzia dalla terza mensilità.

Nel caso in cui il Contraente non invii nessuna comunicazione alla Società, la Garanzia Complementare inizierà a decorrere e dalla terza ricorrenza mensile verranno addebitati i costi di tale garanzia (comprensivi degli eventuali sovrappremi).

ART. 4 LIMITI DI ETÀ DELL'ASSICURATO

La Garanzia Complementare prescelta è prestata fino all'età massima dell'Assicurato di 65 anni.

L'età di ingresso dell'Assicurato dovrà essere compresa tra i 18 ed i 60 anni.

ART. 5 COSTI DELLE GARANZIE COMPLEMENTARI

Dalla posizione individuale del Contraente dalla terza ricorrenza mensile del Contratto, viene detratto mensilmente da parte della Società il controvalore, convertito in numero di quote, del costo per l'eventuale

Garanzia Complementare Facoltativa abbinata al Contratto. Il costo di tale Garanzia viene calcolato ogni anno moltiplicando l'importo del capitale assicurato per il coefficiente relativo al sesso e all'età dell'Assicurato alla data di calcolo. I coefficienti sono riportati al punto 3.3.4. "COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE" che segue.

ART. 6 SOSPENSIONE ED ESTINZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

In caso di interruzione dei versamenti, la Garanzia Complementare prescelta prosegue finché il controvalore delle quote accumulate sia sufficiente a coprirne i relativi costi.

Nel caso in cui il controvalore delle quote accumulate non fosse più sufficiente a coprire il costo della Garanzia Complementare, il controvalore delle quote residue, convertito in numero di quote, sarà utilizzato per finanziare per l'ultima volta il costo della Garanzia per un importo ridotto; trascorsa l'ultima ricorrenza in assenza di ulteriori versamenti, la Garanzia terminerà ed il contratto si intenderà risolto e non sarà possibile la riattivazione del Contratto stesso.

Tuttavia la Garanzia Complementare si estingue anche nei seguenti casi:

- al verificarsi del decesso dell'Assicurato;
- alla richiesta, da parte del Contraente, di risoluzione anticipata del Contratto e di liquidazione del valore di riscatto totale;
- alla ricorrenza annuale in cui l'Assicurato compie 65 anni.

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato ai punti 3.2.2 - 3.2.3 che seguono, si applicano le Norme Comuni qui riportate nonché le Condizioni della Garanzia Principale.

ART. 7 IMPORTO DEL CAPITALE ASSICURATO

Il Contraente ha la possibilità di scegliere l'importo del capitale assicurato per la Garanzia Complementare al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato.

L'importo del capitale assicurato per la Garanzia Complementare può essere pari:

- per Assicurati di età fino a 50 anni: Euro 25.000,00, Euro 50.000,00, Euro 75.000,00 o Euro 100.000,00;
- per Assicurati di età da 51 a 60 anni: Euro 25.000,00 o Euro 50.000,00.

L'importo del capitale assicurato non può essere modificato in corso di contratto.

3.3.2 CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

- **COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE)**
- **COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRENSIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE**

ART. 1 PRESTAZIONI GARANTITE

La Società garantisce all'Assicurato la corresponsione di un capitale, in via aggiuntiva, qualora nel corso della durata contrattuale e prima del compimento del 65° anno di età venga diagnosticata, e successivamente accertata, una delle malattie gravi indennizzabili di cui al successivo Art. 2 "DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE".

Una volta corrisposto il capitale assicurato in caso di malattia grave la presente Garanzia Complementare si estingue.

ART. 2 DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE

Ai fini della presente copertura complementare sono considerate malattie gravi le seguenti patologie:

ICTUS

Accidente cerebrovascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda:

- a) infarto del tessuto cerebrale,
- b) emorragia di vaso intracranico, oppure
- c) embolizzazione da fonte extracranica

INFARTO MIOCARDICO

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:

- a) anamnesi di precordialgia tipica,
- b) nuove alterazioni elettrocardiografiche e
- c) aumento degli enzimi cardiaci

CANCRO

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne con invasione dei normali tessuti.

Il cancro deve essere confermato da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Il cancro comprende leucemia, linfomi maligni, malattia di Hodgkin, neoplasie maligne del midollo osseo e carcinoma cutaneo metastatico.

Dalla garanzia sono esclusi:

- carcinoma *in situ*, displasia cervicale, cancro della cervice CIN I, CIN II e CIN III, tutte le forme pre-maligne e i tumori non invasivi;
- cancro della prostata in fase iniziale, Stadio T1 (T1a e T1b compresi) secondo il sistema TNM o stadiazione equivalente;
- i melanomi cutanei, Stadio 1 (\leq 1mm, livello I, livello II o livello III, senza ulcerazione), secondo la nuova classificazione AJCC 2002;
- ipercheratosi, carcinomi cutanei basocellulari e squamocellulari;
- tutti i tumori in presenza di infezione da HIV.

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere la stenosi o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di porzioni autologhe della vena safena o dell'arteria mammaria interna. Non sono indennizzabili tutte le procedure non chirurgiche quali l'angioplastica con carattere a palloncino o la risoluzione chirurgica di un'ostruzione con tecniche laser. È necessaria prova angiografica della patologia che ha reso necessario l'intervento.

INSUFFICIENZA RENALE

Insufficienza renale terminale, dovuta ad insufficienza renale cronica irreversibile di entrambi i reni. E' necessaria prova che l'Assicurato si sottopone a emodialisi regolare o si è già sottoposto a trapianto renale.

TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI

L'inclusione in una lista di attesa ufficiale o l'essersi sottoposto come ricevente al trapianto di:

- uno dei seguenti organi umani: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas;
- oppure
- midollo osseo umano mediante cellule staminali emopoietiche, preceduto da ablazione totale di midollo osseo.

Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente necessario e basato sulla conferma di insufficienza d'organo.

SOLO PER LA GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRENSIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE:

INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata dall'Assicurato e sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 65%.

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

Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad infortunio si conviene di adottare la tabella delle percentuali di cui al D.P.R. 30/06/65 n. 1124 in seguito allegata.

ART. 3 INSORGENZA DELLA MALATTIA GRAVE

La malattia grave si considera insorta al momento in cui viene diagnosticata e quindi in particolare alla data indicata nella documentazione medica fornita al momento della denuncia.

ART. 4 PERIODO DI QUALIFICAZIONE E DECESSO DELL'ASSICURATO

Il capitale assicurato, nel caso in cui l'Assicurato venga colpito da malattia grave ai sensi dell'Art. 2 "DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE" della presente Garanzia, verrà corrisposto se l'Assicurato sarà in vita al termine di un periodo di qualificazione di un mese, indipendentemente da un suo eventuale decesso in epoca successiva.

Il presente termine decorre dal momento in cui è insorta la malattia così come stabilito all'Art. 3 "INSORGENZA DELLA MALATTIA". Nel caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di qualificazione, il capitale assicurato con la presente copertura non verrà corrisposto.

Trascorso il periodo di qualificazione, qualora l'Assicurato sia stato colpito da una malattia grave e nel caso si verifichi il decesso, la Società corrisponderà ai Beneficiari designati o agli aventi diritto il capitale assicurato dalla presente Copertura Complementare "Copertura Malattie Gravi".

ART. 5 ESCLUSIONI

E' esclusa dalla presente Garanzia Complementare la malattia grave che sia causata da:

- **dolo del Contraente o Assicurato** ivi compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici;
- **partecipazione attiva dell'Assicurato ai delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
- **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di aereomobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare del brevetto idoneo, e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell' equipaggio;
- **abuso di alcool e di droghe;**
- **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
- **infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate.**

ART. 6 OBBLIGHI DI DENUNCIA IN CASO DI INSORGENZA DI MALATTIA GRAVE

Al verificarsi di una delle malattie gravi indicate al precedente Art. 2 "DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE", il Contraente, o altra persona in sua vece deve darne avviso alla Società, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno allegando il modulo del Medico Curante per i Sinistri di "Malattia Grave" e la relativa documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

Il Contraente o altra persona in sua vece deve:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento della malattia grave, nonché fornire ogni ulteriore documentazione che la Società riterrà opportuno richiedere per l'accertamento;
- consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie con spese a carico degli stessi.

ART. 7 ACCERTAMENTO DELL'INDENNIZZABILITÀ DELLA MALATTIA E LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La Società si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia grave con propri medici di fiducia.

La Società provvederà a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità della malattia grave e renderà nota la propria decisione entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Una volta accertata l'indennizzabilità della malattia grave insorta, la Società provvederà a liquidare il capitale assicurato per la malattia grave entro i successivi 30 giorni.

ART. 8 DECESSO ANTERIORE ALL' ACCERTAMENTO DELL'INDENNIZZABILITÀ DELLA MALATTIA

Il decesso dell'Assicurato avvenuto conseguentemente al verificarsi della malattia grave, debitamente certificato dall'Autorità competente, o verificatosi prima che la Società ne abbia accertato l'indennizzabilità, e comunque dovuto ad una delle malattie gravi ricomprese nella copertura assicurativa, equivale ad avvenuto riconoscimento della indennizzabilità della malattia grave ed implica la liquidazione del corrispondente capitale assicurato, sempreché sia trascorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 4 "PERIODO DI QUALIFICAZIONE E DECESSO DELL'ASSICURATO" della presente sezione.

Qualora la Società non riconosca la malattia grave indennizzabile, il Contraente o l'Assicurato hanno facoltà, entro 60 giorni dal ricevimento della dichiarazione negativa dell'accertamento, di promuovere, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno la decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente o dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

In caso di mancato accordo entro 10 giorni dalla richiesta dell'arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale dove ha sede la Società. Il Collegio Arbitrale decide entro 30 giorni dalla sua costituzione, a maggioranza, senza formalità di procedura, con parere vincolante.

Gli arbitri, qualora lo ritengano opportuno e senza obbligo di sentenza, possono promuovere qualsiasi tipo di accertamento sanitario.

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

Qualora il Collegio Arbitrale esprima un parere favorevole sulla diagnosi di una malattia grave, la corresponsione del capitale avverrà entro 30 giorni dalla data di comunicazione del suddetto parere.

Qualora siano scaduti i termini previsti per la corresponsione della prestazione assicurata, come in precedenza riportato, saranno dovuti gli interessi moratori.

In tal caso la Società corrisponderà ai Beneficiari designati o agli aventi diritto il capitale assicurato della presente Copertura Complementare Malattie Gravi.

3.3.3 CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

ART. 1 PRESTAZIONE GARANTITA

La Società garantisce all'Assicurato la corresponsione di un capitale in via aggiuntiva qualora venga colpito da invalidità totale e permanente secondo le modalità indicate dal successivo Art. 2 "DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ", nel corso della durata contrattuale, e prima del compimento del 65° anno di età.

ART. 2 DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro, quale che fosse la professione esercitata dall'Assicurato purché proficua e remunerabile e sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.

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

Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad infortunio si conviene di adottare la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/65 n. 1124 qui riportata:

TABELLA INAIL DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO DI PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi	100%	
Perdita anatomica e atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vale quanto previsto per gli infortuni oculari della tabella per l'industria)		
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio	5%	
	Dx	Sx
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%

	Dx	Sx
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita totale di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato 55%		
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto é valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%

ART. 4 ESCLUSIONI

La presente Garanzia Complementare non garantisce i casi di invalidità totale e permanente dell'Assicurato che siano conseguenti a:

- **esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi**, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- **malattie preesistenti alla stipulazione del contratto;**
- **malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e disturbi comportamentali;**
- **malattie correlate al consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope e all'abuso di alcool;**
- **infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie ad essa correlate;**
- **infortuni derivanti dalla guida di veicoli e natanti a motore** per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei; gli infortuni subiti dall'Assicurato come pilota di aereo o come membro dell'equipaggio; gli infortuni subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero di aereomobile non autorizzato al volo e con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- **infortuni derivanti dall'esercizio delle seguenti attività sportive:** alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobslegh (guidoslitta), skeleton (slit-

tino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;

- **infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti**, salvo che si tratti di:
 - * raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
 - * altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore e gli sport esclusi sopraelencati;
 - * regate veliche o raduni cicloturistici;
- **infortuni dovuti a stato di ubriachezza** nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose e dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da copertura di infortuni conseguenti ad atti compiuti per la legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- **infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;**
- **infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti.**

Non possono essere inoltre assicurate, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute rilevato dal Questionario Sanitario o dagli accertamenti sanitari, le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive/alcol-stupefacenti-farmaci), infezioni da HIV, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi.

ART. 5 OBBLIGHI DI DENUNCIA IN CASO DI INSORGENZA DELLO STATO DI INVALIDITÀ

Nel caso in cui si verifichi lo stato di invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato o altra persona in sua vece deve darne avviso alla Società, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno accludendo altresì il modulo del Medico Curante sui Sinistri di Invalidità Totale e Permanente.

Il Contraente o altra persona in sua vece è tenuta a rispettare i seguenti obblighi:

- consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie con spese a carico degli stessi;
- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento dello stato di invalidità, nonché fornire tutte le prove necessarie per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno causato l'invalidità.

ART. 6 ACCERTAMENTO DELLO STATO DI INVALIDITÀ E LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La Società provvederà a compiere gli accertamenti necessari per verificare lo stato di invalidità; dopodiché renderà nota all'Assicurato la propria decisione entro il termine massimo di 180 giorni dalla data di pervenimento alla Società a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno, della documentazione di cui al precedente Articolo, salvo il maggior termine eventualmente necessario per stabilire la gravità dell'invalidità permanente stessa.

La Società una volta accertato lo stato di invalidità dell'Assicurato, provvederà a corrispondere il capitale assicurato previsto dall'assicurazione complementare entro il termine massimo di 30 giorni.

In caso di decesso dell'Assicurato prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità dell'invalidità, il capitale assicurato dalla presente copertura non verrà corrisposto.

ART. 7 CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di controversia sulla misura dell'indennizzabilità o al grado di invalidità permanente di cui all'Art. 2 "DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ", le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere in merito ad un collegio di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, uno dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti o, in caso contrario, dal Presidente del Tribunale dove ha sede la Società.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti.

I risultati delle operazioni devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

3.3.4 COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

I costi delle Garanzie Complementari sotto riportati sono per 1.000,00 Euro di Capitale.

<u>GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE)</u>			<u>GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRESIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PER- MANENTE</u>		
ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE
18	0,422	0,322	18	0,533	0,433
19	0,445	0,349	19	0,557	0,46
20	0,469	0,379	20	0,581	0,491
21	0,499	0,412	21	0,626	0,538
22	0,538	0,445	22	0,696	0,603
23	0,579	0,481	23	0,761	0,663
24	0,62	0,518	24	0,825	0,723
25	0,664	0,557	25	0,901	0,795
26	0,713	0,627	26	0,974	0,888
27	0,764	0,728	27	1,049	1,014
28	0,816	0,845	28	1,133	1,162
29	0,867	0,992	29	1,216	1,34
30	0,931	1,161	30	1,311	1,541
31	0,982	1,315	31	1,385	1,718
32	1,029	1,444	32	1,464	1,88
33	1,108	1,582	33	1,583	2,057
34	1,214	1,74	34	1,713	2,239
35	1,341	1,918	35	1,879	2,456
36	1,493	2,119	36	2,078	2,705
37	1,671	2,351	37	2,287	2,967
38	1,855	2,616	38	2,512	3,273
39	2,038	2,919	39	2,735	3,616
40	2,214	3,266	40	2,941	3,994
41	2,435	3,581	41	3,202	4,348
42	2,721	3,859	42	3,537	4,675
43	3,127	4,177	43	3,998	5,047
44	3,677	4,54	44	4,611	5,474
45	4,304	4,942	45	5,317	5,955
46	4,923	5,365	46	6,039	6,481
47	5,515	5,806	47	6,757	7,048
48	6,152	6,265	48	7,552	7,665
49	6,827	6,74	49	8,434	8,346
50	7,538	7,229	50	9,389	9,081
51	8,324	7,775	51	10,445	9,896
52	9,141	8,381	52	11,578	10,818
53	10,053	9,007	53	12,869	11,824
54	11,045	9,653	54	14,297	12,905
55	12,012	10,361	55	15,755	14,104
56	13,142	11,088	56	17,432	15,377
57	14,462	11,809	57	19,353	16,7
58	16,132	12,581	58	21,662	18,113
59	18,159	13,485	59	24,379	19,705
60	20,284	14,508	60	27,247	21,472
61	22,446	15,459	61	30,185	23,198
62	24,6	16,312	62	33,138	24,849
63	26,726	17,174	63	35,802	26,251
64	28,778	18,038	64	38,091	27,352
65	30,707	18,853	65	40,255	28,285

GARANZIA COMPLEMENTARE DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

ETA	MASCHI	FEMMINE
18	0,265	0,265
19	0,265	0,265
20	0,265	0,265
21	0,265	0,265
22	0,265	0,265
23	0,265	0,265
24	0,265	0,265
25	0,265	0,265
26	0,282	0,282
27	0,315	0,315
28	0,348	0,348
29	0,381	0,381
30	0,415	0,415
31	0,432	0,432
32	0,481	0,481
33	0,514	0,514
34	0,531	0,531
35	0,58	0,58
36	0,614	0,614
37	0,646	0,646
38	0,697	0,697
39	0,729	0,729
40	0,763	0,763
41	0,813	0,813
42	0,862	0,862
43	0,928	0,928
44	0,995	0,995
45	1,095	1,095
46	1,211	1,211
47	1,36	1,36
48	1,542	1,542
49	1,774	1,774
50	2,039	2,039
51	2,338	2,338
52	2,703	2,703
53	3,117	3,117
54	3,598	3,598
55	4,128	4,128
56	4,725	4,725
57	5,373	5,373
58	6,052	6,052
59	6,798	6,798
60	7,578	7,578
61	8,389	8,389
62	9,236	9,236
63	9,501	9,501
64	9,717	9,717
65	10,811	10,811

4. GLOSSARIO

NUOVA MARE

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto, che può coincidere o no con il Contraente. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione degli eventi attinenti alla sua vita;

Benchmark: parametro oggettivo di mercato comparabile, in termini di composizione e di rischiosità, agli obiettivi di investimento attribuiti alla gestione di un Fondo Interno Assicurativo ed a cui si può fare riferimento per confrontarne il risultato di gestione. Tale indice, in quanto teorico, non è gravato da costi;

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato;

Bonus fedeltà: bonus riconosciuto dalla Società al Contratto sotto forma di maggiorazione delle quote, secondo condizioni e misure prefissate nelle Condizioni di Assicurazione, in caso di vita dell'Assicurato alla 10°, 15°, 20° e 25° ricorrenza annua, a condizione che il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi;

Capitale Caso Morte: in caso di decesso dell'Assicurato pagamento del capitale assicurato al Beneficiario;

Capitale in caso di Invalidità da infortunio o malattia: indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che ha come conseguenza un'invalidità permanente così come definita nelle Condizioni di Assicurazione;

Capitale in caso di malattia grave: indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di malattia grave;

Conclusione del Contratto: il Contratto si considera concluso quando il Contraente unitamente all'Assicurato - se persona diversa - sottoscrive la Proposta-Certificato e paga il primo premio ricorrente o la prima rata mensile;

Contraente: persona, fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il Contratto di Assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società;

Contratto: Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato (decesso dell'Assicurato);

Controvalore delle quote: l'importo ottenuto moltiplicando il valore della singola quota ad una determinata data per il numero delle quote attribuite al Contratto e possedute dal Contraente alla stessa data;

Costo percentuale medio annuo: Indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai premi ed eventualmente dalle risorse gestite dalla Società, il potenziale tasso di rendimento del Contratto rispetto a quello di un'ipotetica operazione non gravata da costi;

Data di decorrenza: data da cui sono operanti le prestazioni del Contratto, in questo caso il quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di conclusione del Contratto;

Durata del Contratto: periodo durante il quale il Contratto è in vigore; ovvero l'intera vita dell'Assicurato fermo restando la facoltà del Contraente di richiedere il pagamento di quanto maturato fino a quel momento attraverso l'esercizio del diritto di riscatto;

Durata pagamento premi: periodo che intercorre fra la data di decorrenza del Contratto di Assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal Contratto stesso e prescelto dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato;

Fondi Interni Assicurativi: Fondi d'investimento per la gestione delle polizze unit-linked costituiti all'interno della Società e gestiti separatamente dalle altre attività della Società stessa, in cui vengono fatti confluire i premi, al netto dei costi, versati dal Contraente, i quali vengono convertiti in quote (unit) del Fondo stesso. A seconda delle attività finanziarie nelle quali il patrimonio è investito sono distinti in diverse categorie quali azionari, bilanciati, obbligazionari, flessibili e di liquidità (o monetari);

Garanzia Invalidità totale e Permanente: copertura assicurativa facoltativa che prevede in caso di perdita definitiva ed irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo la corresponsione di una prestazione assicurata sotto forma di capitale;

Garanzia Malattie Gravi (dread disease): copertura assicurativa (denominata anche dread disease) che prevede, in caso di malattia grave dell'Assicurato tra quelle definite nelle Condizioni di Assicurazione, la corresponsione di una prestazione assicurata, sotto forma di capitale;

Garanzia Principale: garanzia prevista dal Contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinare altre Garanzie che di conseguenza vengono definite Complementari o Accessorie;

Impignorabilità e insequestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

ISVAP: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo;

OICR: Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio, in cui sono comprese le Società di gestione dei fondi comuni d'investimento e le SICAV. A seconda della natura dei titoli in cui il Fondo Interno Assicurativo viene investito e delle modalità di accesso o di uscita si possono individuare alcune macrocategorie di OICR, quali ad esempio i fondi comuni d'investimento (o fondi aperti mobiliari) e i fondi di fondi;

Opzione: clausola del Contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può scegliere che il valore di riscatto sia corrisposto in una modalità diversa da quella originariamente prevista. Per questo Contratto, l'opportunità di scegliere che il valore di riscatto sia convertito in una rendita vitalizia;

Premio ricorrente: importo che il Contraente si impegna a corrispondere per tutta la durata del pagamento dei premi;

Proposta-Certificato: è il documento con il quale si dà corso al Contratto e che ne attesta la stipulazione;

Quota: ciascuna delle parti (unit) di uguale valore in cui il Fondo Interno Assicurativo è virtualmente suddiviso, e nell'acquisto delle quali vengono impiegati premi ricorrenti e gli eventuali versamenti aggiuntivi, al netto dei costi, versati dal Contraente. Le quote possedute dal Contraente costituiscono il Conto quote;

Recesso: diritto del Contraente di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso, e di farne cessare gli effetti;

Riscatto parziale: facoltà del Contraente di chiedere la liquidazione del controvalore di una parte del numero di quote possedute al momento del calcolo del valore di riscatto, al netto dell'eventuale penale prevista dalle Condizioni di Assicurazione;

Riscatto totale: facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il Contratto e di chiedere la liquidazione del controvalore della totalità del numero di quote possedute al momento del calcolo del valore di riscatto, al netto dell'eventuale penale prevista dalle Condizioni di Assicurazione;

Società: Società – AVIVA Life S.p.A. - autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione;

Soggetto Incaricato: Sportello della Banca appartenente al Gruppo Banca Marche presso cui è stato stipulato il Contratto;

Sostituzione del Fondo Interno Assicurativo: operazione con la quale il Contraente richiede di trasferire ad altro Fondo Interno Assicurativo una parte o la totalità delle quote investite in un determinato Fondo Interno Assicurativo e attribuite al contratto;

Spese: Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi ricorrenti e sugli eventuali versamenti aggiuntivi e sui Fondi Interni Assicurativi gestiti dalla Società;

Total expenses ratio (TER): indicatore che fornisce la misura dei costi che mediamente hanno gravato sul patrimonio medio del Fondo Interno Assicurativo, dato dal rapporto percentuale, riferito a ciascun anno solare, fra il totale dei costi posti a carico del Fondo Interno Assicurativo interno ed il patrimonio medio rilevato in coerenza con la periodicità di valorizzazione dello stesso;

Valore unitario delle quote: valore ottenuto dividendo il valore complessivo netto di ciascun Fondo Interno Assicurativo, nel giorno di valorizzazione, per il numero delle quote partecipanti al Fondo alla stessa data, pubblicato giornalmente sui principali quotidiani economici nazionali;

Valuta di denominazione: valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali. Il presente Contratto è stipulato in Euro;

Versamento Aggiuntivo: importo che il Contraente ha facoltà di versare – nel corso della durata pagamento premi – per integrare il Piano di versamenti previsto dal Contratto;

Volatilità: grado di variabilità di una determinata grandezza di uno strumento finanziario (prezzo, tasso, ecc.) in un dato periodo di tempo.

5. INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali la Società informa gli interessati sull'uso dei loro dati personali e sui loro diritti ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).

La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraenti e Assicurati).

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

** Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.*

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da AVIVA LIFE S.p.A., da Società del Gruppo AVIVA e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

La nostra Società chiede, quindi, agli interessati di esprimere il consenso - contenuto nella Proposta-Certificato - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

Per i servizi e prodotti assicurativi la nostra Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" - sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose dei soggetti interessati (art. 4, comma 1, lett. d, del Codice in materia di protezione dei dati personali) - strettamente strumentali all'erogazione degli stessi (come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri). Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i dati degli interessati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM), broker assicurativi, Società di Gestione del Risparmio, organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, ISVAP, CIRT, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie quali INPS, INPGI, Forze dell'ordine ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Il consenso degli interessati riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

AVIVA LIFE S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775 447.

Senza tali dati la nostra Società non potrebbe fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge (lo prevede, ad esempio, la disciplina antiriciclaggio).

MODALITA' D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela.

I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per

fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto della Società, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo AVIVA o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società (legali, medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, la Società precisa infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i suoi dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo a:

AVIVA LIFE S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447, ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la redistribuzione del rischio.

La Società informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati. Inoltre hanno il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (questi diritti sono previsti dall'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali; la cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge, per l'integrazione occorre vantare un interesse, il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi di materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato e, negli altri casi, l'opposizione presuppone sempre un motivo legittimo).

Per l'esercizio dei loro diritti gli interessati possono rivolgersi a:

Servizio Privacy - AVIVA LIFE S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474 – email privacy_vita@avivaitalia.it

Il Direttore Generale è responsabile del trattamento dei dati personali, per l'Area Industriale Assicurativa.



Aviva Life S.p.A.
 V.le Abruzzi 94 20131 Milano
 www.avivaitalia.it
 Tel. +39 02 2775.1
 Fax +39 02 2775.204

PROPOSTA-CERTIFICATO
NUOVA MARE
UNIT LINKED A PREMIO RICORRENTE
(TARIFFA U8S)

PROPOSTA-CERTIFICATO N.

Questo è il numero attribuito alla presente Proposta-Certificato cui entrambe le Parti Contraenti faranno riferimento. La numerazione definitiva di Polizza è quella che verrà attribuita da AVIVA LIFE S.p.A. direttamente con la **Lettera Contrattuale di Conferma**.

AGENZIA

CONVENZIONE

FILIALE AGENZIA

COLLOCATORE

CONTRAENTE (nel caso in cui il Contraente sia un'Impresa inserire i dati del Legale Rappresentante (*)):

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Sesso
Comune di nascita	Data di nascita	Età
Residenza Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune		Codice Paese
Documento di riconoscimento nr:	Data emissione	Tipo Documento
Ente Emittente	Luogo emissione	
Professione	Attività Economica:	
	Sottogruppo	Gruppo/Ramo

Nel caso in cui il Contraente sia un'Impresa

Ragione Sociale	Partita IVA
Sede (Via e N. civico)	Prov. Stato
	C.A.P. e Località

(* Si allega un documento comprovante il potere di rappresentare legalmente l'Impresa

ASSICURATO (se diverso dal Contraente):

Cognome e Nome	Età	Codice Fiscale
Luogo e Data di nascita	Sesso	Professione
Residenza Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune		Codice Paese

BENEFICIARI:

In caso di morte

Il Contraente _____

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO:

DURATA PAGAMENTO PREMI (minimo 10 anni)

PREMIO RICORRENTE (A)

(Importo minimo 1.200,00 Euro annui - massimo 18.000,00 Euro annui)

PREMIO RICORRENTE INVESTITO [A - (B + C)]

FRAZIONAMENTO PRESCELTO:

SPESA FISSA PARI A Euro (B)

SPESA PERCENTUALE (C)

GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA

(il Contraente ha la facoltà di abbinare UNA delle tre Garanzie di seguito indicate):

- Copertura Malattie Gravi (dread disease);
- Copertura Malattie Gravi (dread disease) comprensiva della Copertura di Invalidità Totale e Permanente;
- Invalidità Totale Permanente;

Il capitale assicurato per la Garanzia Complementare (se abbinata) è pari a Euro

Il Contraente sceglie i Fondi Interni Assicurativi e per ciascuno indichi la quota dell'investimento:

Fondi Interni Assicurativi	Quota % dell'investimento
AVIVA NEW BDM CORALLO
AVIVA NEW BDM STELLA MARINA
AVIVA NEW BDM TRITONE

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il Correntista, autorizza la BANCA del GRUPPO BANCA MARCHE ad addebitare sul conto corrente, indicato in calce, l'importo del primo premio ricorrente - o della rata di premio - ed i successivi versamenti relativi al presente Contratto:

CONTO CORRENTE	IMPORTO EURO
BANCA del GRUPPO BANCA MARCHE	
CAB	ABI
	CIN

Il Correntista _____

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

I SOTTOSCRITTI CONTRAENTE ED ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE):

- confermano che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Proposta-Certificato anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- dichiarano di essere a conoscenza che la presente Proposta-Certificato è parte integrante del Fascicolo Informativo e delle eventuali Appendici al Contratto;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente Proposta-Certificato ed il pagamento del primo premio, che il Contratto è concluso e che AVIVA LIFE S.p.A. - la Società -, si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE alla stessa, fatti salvi l'ultimo comma dell'Art. 6 "DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO" delle Condizioni di Assicurazione ed errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa;
- prendono atto che il Contratto decorre dal quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di conclusione del Contratto. La Garanzia Complementare (se prescelta) decorre dalla terza ricorrenza mensile successiva alla data di decorrenza del Contratto base; la piena efficacia della copertura assicurativa relativa a tale Garanzia Complementare è in ogni caso subordinata alla compilazione del Questionario Sanitario allegato alla Proposta-Certificato. La Società invia al Contraente la Lettera Contrattuale di Conferma, quale documento contrattuale, che indica: il numero di Polizza, la data di decorrenza del Contratto, la data di incasso del primo premio; la durata pagamento premi, il premio corrisposto, il premio investito, e relativamente a ciascun Fondo Interno Assicurativo prescelto: il numero delle quote acquisite e il prezzo (valore unitario) al quale è avvenuto l'acquisto;
- dichiarano di aver preso conoscenza dell'Art. 2 "CONFLITTO DI INTERESSI" delle Condizioni di Assicurazione;
- prendono atto che il pagamento del primo premio ricorrente - o della prima rata di premio - avverrà mediante procedura di addebito su conto corrente. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei premi fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

Nel caso il Contraente abbinò al Contratto base una Garanzia Complementare la Società si riserva il diritto, - nel caso che dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo - di rifiutare l'assunzione del rischio o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi.

Il Contraente dichiara di AVER LETTO, COMPRESO e ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione e quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati. L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente, acconsente alla sottoscrizione della presente Proposta-Certificato.

Luogo e data, _____ L'Assicurato _____ Il Contraente _____

DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può inoltre recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto. Il diritto di recesso libera il Contraente da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto.

La Società entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente:

- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Società antecedentemente alla data di decorrenza del Contratto il primo premio versato;
- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Società dal giorno della data di decorrenza del Contratto primo premio versato, maggiorato o diminuito della differenza fra il valore unitario delle quote del quarto giorno di Borsa aperta successivo al ricevimento, da parte della Società, della comunicazione di recesso ed il valore unitario delle stesse alla data di decorrenza del Contratto, moltiplicato per il numero delle quote acquisite alla data di decorrenza.

Luogo e data, _____ Il Contraente _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni Contrattuali e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli e norme:

Art. 4: Limitazioni per la Maggiorazione della Garanzia Morte; Art. 6: Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; Art. 7: Conclusione del Contratto; Art. 8: Decorrenza del Contratto; Art. 9: Efficacia della copertura Assicurativa della Garanzia Complementare facoltativa; Art. 19: Interruzione e ripresa dei Versamenti dei Premi Ricorrenti; Art. 20: Riscatto; Art. 24: Pagamenti della Società.

Luogo e data, _____ L'Assicurato _____ Il Contraente _____

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO:

- il Fascicolo Informativo - redatto secondo le prescrizioni ISVAP - contenente la Scheda Sintetica, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario e la presente Proposta-Certificato che definiscono il Contratto;
- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti - ai sensi dell'art.49 comma 1 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario e consegnato in occasione del primo Contatto);
- il documento contenente - ai sensi dell'art. 36ter del Regolamento Intermediari CONSOB 11522B - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario).

Luogo e data, _____ Il Contraente _____

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO:

(solo nel caso venga abbinato al Contratto la Garanzia Complementare Facoltativa)

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Soggetto Legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Luogo e data, _____ L'Assicurato _____

Il Contraente prende atto che la Società ha stipulato il Contratto di "Invalidità Totale e Permanente da Infortunio - Perdita di impiego - Inabilità totale temporanea - Ricovero Ospedaliero", a suo favore. Il Contraente dichiara di aver ricevuto la polizza "Invalidità Totale e Permanente da Infortunio - Perdita di impiego - Inabilità totale temporanea - Ricovero Ospedaliero" e di aver altresì preso atto delle limitazioni e delle esclusioni relative alle garanzie prestate dalla suddetta polizza. Relativamente alla garanzia prevista dalla polizza "Invalidità Totale e Permanente da Infortunio - Perdita di impiego - Inabilità totale temporanea - Ricovero Ospedaliero", il Contraente esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile e dichiara di approvare che il Beneficiario designato relativo a tali Garanzie è il Contraente stesso.

Luogo e data, _____ Il Contraente _____

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA

A. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

A1. Et  _____

B. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE (SOLO PER PERSONE FISICHE)

B1. Qual   attualmente il Suo stato occupazionale?

lavoratore dipendente
 pensionato

lavoratore autonomo
 non occupato

C. INFORMAZIONI SULLE PERSONE DA TUTELARE OVERO PROTEGGERE

C1. Lei ha eventuali soggetti da tutelare ovvero proteggere (familiari o altri soggetti)?

S 

No

D. INFORMAZIONI SULLA ATTUALE SITUAZIONE ASSICURATIVA

D1. Attualmente quali aree di bisogno sono soddisfatte da coperture assicurative - previdenziali?

risparmio/investimento
 previdenza/pensione complementare
 protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi)
 nessuna copertura assicurativa

D2. Le eventuali attuali coperture assicurative - previdenziali coprono appieno le esigenze relative alle aree di bisogno da Lei sopra indicate?

S 

No

E. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE FINANZIARIA

E1. Qual   la Sua disponibilit  all'investimento?

fino a 20.000 Euro
 oltre 20.000 e fino a 50.000 Euro
 oltre 50.000 Euro

unica soluzione
 unica soluzione
 unica soluzione

da rateizzare nel corso del contratto
 da rateizzare nel corso del contratto
 da rateizzare nel corso del contratto

F. INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE ASSICURATIVE - PREVIDENZIALI

F1. Quali aree di bisogno ritiene importante soddisfare con coperture assicurative - previdenziali?

risparmio/investimento
 previdenza/pensione complementare
 protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi)

F2. Fra quanto tempo pensa di utilizzare una parte significativa dell'investimento (orizzonte temporale minimo)?

fino a 2 anni
 oltre 6 anni e fino a 10 anni

oltre 2 anni e fino a 6 anni
 oltre 10 anni

F3. Quale dei seguenti ipotetici risultati - risposta a, b, c e d - in relazione a situazioni di mercato pi  favorevoli e meno favorevoli, corrisponde maggiormente alla sua massima propensione al rischio in relazione all'orizzonte temporale sopraindicato?

Rischio Basso

Rischio Medio - Basso

Rischio Medio

Rischio Alto

Scenario migliore	Rendimento massimo basso	Rendimento massimo medio	Rendimento massimo alto	Rendimento massimo molto alto
Scenario peggiore	Perdita molto bassa	Perdita medio/bassa	Perdita media	Perdita alta

F4. Qual'  la Sua conoscenza in materia di investimenti in strumenti finanziari?

a poca/generica

b medio-alta

Le informazioni contenute nel presente questionario hanno consentito la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa alle esigenze del Contraente.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gli interessati (Contraente, Assicurato), preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) – contenuta nel Fascicolo Informativo e redatta secondo le prescrizioni ISVAP - acconsentono al trattamento dei loro dati personali per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Luogo e Data _____ Il Contraente _____ L'Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" secondo quanto riportato nel retro della presente proposta.

Luogo e data _____ il Contraente _____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto Contraente dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative/finanziarie.

Luogo e data _____ il Contraente _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto Intermediario
dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, la proposta assicurativa potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative/finanziarie.

Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

MOTIVAZIONI

Luogo e data _____ l'Intermediario _____

il Contraente _____

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA DELL'OFFERTA ASSICURATIVA IN CASO DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

I sottoscritto Intermediario
nonostante le mancate o parziali risposte fornite dal Contraente al questionario per la valutazione di adeguatezza, dichiara che il Contratto, sulla base di altre informazioni/elementi in suo possesso, risulta adeguato alle esigenze assicurative/finanziarie del Contraente.

Luogo e data _____ l'Intermediario _____

Generalità dell'acquirente che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente/Assicurato ai sensi della Legge n.197 del 5 luglio 1991 (disposizioni urgenti per la lotta al riciclaggio).

Nome e Cognome (stampatello) _____

Firma _____

Aviva Life S.p.A.

La Società ha sede legale e sede sociale in Italia - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 82 del 07/04/1992)
Capitale Sociale Euro 25.480.040,00 (i.v.) R.E.A. di Milano n. 1355410 Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 10210040159



Aviva Life S.p.A.

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



Aviva Life S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



La Società ha sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero
dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992
(Gazzetta Ufficiale n. 82 del 07/04/1992) Capitale Sociale Euro 25.480.080,00 (i.v.)
R.E.A. di Milano 1355410 Codice Fiscale, Partita IVA e Iscrizione al Registro
delle Imprese di Milano n. 10210040159

**COPERTURE AGGIUNTIVE
NUOVA MARE**

**COPERTURA COLLETTIVA STIPULATA
DA PARTE DI AVIVA LIFE SPA
A FAVORE DEL CONTRAENTE
DEL CONTRATTO “NUOVA MARE”**

ESTRATTO DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA COPERTURA COLLETTIVA “COPERTURE AGGIUNTIVE NUOVA MARE”

Le presenti condizioni sono un estratto delle condizioni generali e particolari dell'Assicurazione “Coperture Aggiuntive Nuova Mare” (Polizze Danni n° 7120021) stipulata tra Aviva Life SpA e Aviva Italia SpA. Pertanto, per gli aspetti non contemplati dal presente estratto, si fa rinvio al testo integrale della Copertura Collettiva disponibile presso la sede di Aviva Life SpA.

Nella lettura del presente documento, si tenga presente che:

- per “Contraente” della Copertura “Coperture Aggiuntive Nuova Mare” si intende Aviva Life SpA nei confronti di Aviva Italia SpA che presta la copertura assicurativa;***
- per “Società” si intende Aviva Italia SpA – con sede legale in Milano, V.le Abruzzi 94 – che presta la copertura assicurativa;***
- per “Assicurato” e “Beneficiario” della copertura assicurativa si intende il Contraente del Contratto “Nuova Mare”;***
- per “Contratto” si intende la Polizza Unit Linked a premio ricorrente “Nuova Mare”.***

ART. 1 OGGETTO DELLE COPERTURE

La Società si obbliga, nei limiti e alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere le seguenti prestazioni:

- **Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio** (valida per tutti gli Assicurati): la copertura assicurativa garantisce la corresponsione al Beneficiario, in caso di infortunio che comporti un'invalidità totale permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60%, della prestazione assicurata il cui importo è pari al controvalore delle quote acquisite con la somma dei premi versati sul Contratto al 31 dicembre precedente l'anno del sinistro, valorizzate alla stessa data e al netto dei riscatti parziali. Il grado percentuale di invalidità è valutato in base alla tabella contenuta nell'Allegato 1 al DPR 30.6.1965 n° 11245 (tabella INAIL) e successive modificazioni;
- **Prestazione in caso di Inabilità Totale Temporanea al Lavoro** (valida solo per i lavoratori autonomi): la copertura assicurativa garantisce, in caso di infortunio o malattia che comportino una inabilità temporanea in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa, la corresponsione al Beneficiario, dopo il periodo di franchigia, della prestazione assicurata il cui importo è pari al versamento protetto, di cui al successivo art. 5 “VERSAMENTO PROTETTO”, sempre che l'inabilità stessa perduri per almeno 30 giorni consecutivi;
- **Prestazione in caso di Disoccupazione** (valida solo per i lavoratori dipendenti di ente privato): la copertura assicurativa garantisce, in caso di Disoccupazione durante la durata contrattuale, la corresponsione al Beneficiario, dopo il periodo di franchigia, della prestazione assicurata il cui importo è pari al versamento protetto, di cui al successivo art. 5 “VERSAMENTO PROTETTO”, sempre che la disoccupazione stessa perduri per almeno 30 giorni consecutivi;
- **Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o da Malattia** (valida solo per i dipendenti pubblici e i non lavoratori): la copertura assicurativa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o da Malattia, la corresponsione al Beneficiario, dopo il periodo di franchigia, della prestazione assicurata il cui importo è pari al versamento protetto, di cui al successivo art. 5 “VERSAMENTO PROTETTO”, sempre che la degenza stessa perduri per almeno 7 giorni consecutivi; gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di ricovero ospedaliero.

ART. 2 PERSONE ASSICURABILI

È assicurabile ciascuna persona fisica cliente di Banca Marche che:

- a) abbia stipulato il Contratto;
- b) abbia un'età compresa tra i 18 e i 60 anni non compiuti, fermo restando che l'età massima ai fini dell'efficacia della Copertura è di 65 anni.

ART. 3 DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA

Per ciascun anno di validità, la Copertura, opera in base all'entità dei premi versati dall'Assicurato al Contratto nel corso degli anni o dell'anno solare precedente, fatti salvi gli importi minimi e massimi indicati al successivo art. 5 "VERSAMENTO PROTETTO" per il versamento protetto ed il massimale previsto dal successivo art. 19 "INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO" per l'Indennizzo in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio.

La Copertura decorre dalle ore 00:00 del 1° gennaio (data di effetto, da cui iniziano le carenze previste per ciascuna garanzia) successivo al giorno in cui decorre il Contratto e termina alle ore 24:00 del 31 Dicembre del quinto anno solare intero successivo alla data di decorrenza del Contratto. Per le annualità successive alla prima, la Copertura ha validità sempre che l'Assicurato abbia versato i premi sul Contratto nel corso dell'anno solare precedente.

In ogni caso la Copertura scade per ciascun Assicurato alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- scioglimento del Contratto UNIPIP 2005 (in caso di recesso, decesso dell'Assicurato, riscatto totale, a causa dell'esaurimento delle quote possedute quando le stesse non siano sufficienti a finanziare i costi per la Maggiorazione della Garanzia Caso Morte e per l'eventuale Garanzia Complementare abbinata, in caso di interruzione dei versamenti dei premi);
- assenza di premi versati da parte dell'Assicurato al Contratto nel corso di un intero anno solare, salvo successiva ripresa dei versamenti nei tempi e nei modi previsti dal Contratto;
- raggiungimento del 65° anno di età.

Resta inteso che nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società, in base alla Copertura, per Sinistri che si verifichino o che perdurino oltre la scadenza del Periodo di Copertura.

ART. 4 PREMIO

Il Premio relativo alla Copertura è a carico della Contraente ed è compreso nei costi complessivi del Contratto "Nuova Mare", senza che ciò comporti alcun onere aggiuntivo a carico degli Assicurati.

ART. 5 VERSAMENTO PROTETTO

L'importo mensile del versamento protetto è pari al pro quota mensile della somma dei premi versati dall'Assicurato al Contratto nel corso dell'anno solare precedente. L'importo minimo mensile del versamento protetto è pari a € 50,00 e pertanto i premi versati annualmente sul Contratto che determinano un importo mensile del versamento protetto inferiore a tale predetto importo non daranno luogo alle prestazioni assicurative previste dalla Copertura, mentre l'importo massimo mensile del versamento protetto è pari a € 250,00 e pertanto per i premi versati annualmente sul Contratto che determinino un importo mensile del versamento protetto superiore a € 250,00 il versamento protetto è limitato a tale predetto importo.

ART. 6 MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora, durante la durata contrattuale della Copertura, l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale, la Copertura sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà attivata la Copertura corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato. Conseguentemente, la Copertura che potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla Copertura sarà sempre quella corrispondente alla condizione occupazionale (Lavoratore Autonomo, o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore) dell'Assicurato al momento del Sinistro.

L'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore e, in pendenza della Copertura, diventi Lavoratore Dipendente di Ente Privato, ha diritto all'Indennizzo per Disoccupazione solo se questa si è verificata **dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia trascorso un periodo di 90 giorni consecutivi dal momento in cui egli è diventato Lavoratore Dipendente di Ente Privato.**

L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non

Lavoratore e, in pendenza della Copertura, diventi Lavoratore Autonomo, ha diritto all'Indennizzo per Inabilità Totale e Temporanea solo nel caso in cui l'Inabilità Totale e Temporanea sia avvenuta **dopo che sia trascorso un periodo di almeno 30 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato ha iniziato la propria Normale Attività Lavorativa come Lavoratore Autonomo.**

L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Lavoratore Autonomo e, in pendenza della Copertura, diventi Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico ha diritto all'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero solo nel caso in cui il Ricovero Ospedaliero sia avvenuto **dopo che sia trascorso un periodo di almeno 30 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato è divenuto Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico.**

ART. 7 DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne tempestivamente **avviso scritto tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno** a:

CNP
UFFICIO LIQUIDAZIONE SINISTRI
VIA DANTE 14 - 20121 MILANO

Impresa alla quale la Società ha dato mandato a gestire i sinistri.

L'Assicurato può chiedere informazioni relative alla denuncia del sinistro telefonando a:

SERVIZIO CLIENTI
N. VERDE 800 222.662

operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00.

Per la denuncia del sinistro deve essere inviata la seguente documentazione:

in caso di Inabilità Totale Permanente da Infortunio

- **copia di un documento di identità**, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- **copia della documentazione medica/cartella clinica** relativa all'infortunio che ha determinato l'invalidità
- **copia della relazione del medico legale** che ha accertato il grado di Inabilità Permanente o notifica emessa dagli enti preposti

in caso di Inabilità Totale Temporanea:

- **copia di un documento di identità**, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- **certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale cartella clinica** in caso di ricovero in ospedale o certificato del Pronto Soccorso; i successivi certificati medici attestanti il perdurare dell'Inabilità stessa fino a quello di guarigione emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea).

in caso di Disoccupazione:

- **copia di un documento di identità**, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- **copia della scheda professionale;**
- **copia della lettera di licenziamento;**
- **copia di un documento comprovante l'iscrizione** alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego con lo stato di disoccupato;
- **dichiarazione del datore di lavoro** attestante la sospensione dal lavoro in caso di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- **attestazione del ricevimento delle indennità** di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;

in caso di Ricovero Ospedaliero:

- **copia di un documento di identità**, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- **autocertificazione** sullo stato di Non Lavoratore al momento del Sinistro;
- **copia della cartella clinica** relativa al Ricovero in ospedale.

Si specifica che, ai fini di una corretta analisi del Sinistro, l'Assicurato si impegna a collaborare per consentire alla Società, anche tramite persone di fiducia della Società stessa, le indagini e gli accertamenti necessari nonché, ove richiesto, ad autorizzare il medico curante o il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

ART. 8 LIMITI TERRITORIALI DELLA COPERTURA

Ai fini della Copertura, le garanzie per Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Totale Temporanea e per Ricovero Ospedaliero sono valide per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo. La garanzia per Disoccupazione è valida in qualsiasi parte del mondo **purché il contratto di lavoro sia regolato dalla legge italiana.**

ART. 9 RECLAMI

Eventuali reclami inerenti alla Copertura devono essere inoltrati per iscritto a

Aviva Italia SpA
Servizio Reclami –
Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano,
n. di fax 02 2775245
indirizzo e-mail: cureclami@avivaitalia.it

specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni potrà rivolgersi all'ISVAP – Servizio tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

ART. 10 ARBITRATO

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura dell'infortunio o della malattia e sulla misura dell'indennizzabilità dell'infortunio o della malattia, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

ART. 11 TERMINI DI DECADENZA

I diritti derivati dalle Coperture si prescrivono nel termine di un anno dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi dell'art. 2952 del C.C.

ART. 12 MODIFICHE DELLA COPERTURA

Le eventuali modifiche a ciascuna delle Coperture devono essere provate per iscritto.

ART. 13 RINVIO DELLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 14 FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dalla Copertura.

ART. 15 DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia al diritto di surrogazione di cui all' art. 1916 del C.C.

ART. 16 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la Copertura può cumularsi con altre coperture assicurative senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 17 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni fra la Contraente o l'Assicurato e la Società, con riferimento alla Copertura e alle Coperture, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata, telegramma o telefax. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato stesso.

CONDIZIONI PARTICOLARI

SEZIONE PRIMA

ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

ART. 18 OGGETTO DELLA COPERTURA PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo art. 19 "INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO" qualora:

1. si sia verificato un Sinistro consistente nell' Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, a seguito di Infortunio, durante il periodo di efficacia della Copertura nei termini di cui al precedente art. 3 "DECORRENZA DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA";
2. il Sinistro sia avvenuto scadute le ore 24:00 della data termine del **Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di effetto** e comunque durante il periodo di efficacia della Copertura ai sensi del precedente art. 3 "DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA";
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 20 "ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO";

ART. 19 INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

1. L'Indennizzo previsto in base alla Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio che comporti un' invalidità totale permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60%, nei limiti e alle condizioni di cui alla Copertura, consiste in un importo pari al controvalore delle quote (fino ad un massimo di € 50.000,00) acquisite con la somma dei premi versati sul Contratto al 31 dicembre precedente l'anno del sinistro, valorizzate alla stessa data e al netto dei riscatti parziali.

ART. 20 ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità permanente causati da:

- **invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra o insurrezioni;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurato;**
- **Infortuni causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;**
- **Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);**
- **eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali:** sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- **paracadutismo, uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;**
- **tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;**
- **dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni e nelle relative prove;**
- **dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;**
- **dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere e attività di trapezista e stuntman;**
- **dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.**

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, alla data di decorrenza della Copertura, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti al precedente art. 2 "PERSONE ASSICURABILI".

SEZIONE SECONDA

ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 21 OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

La Società corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo art. 22 "INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA" qualora:

1. si sia verificato un Sinistro consistente nell'Inabilità Totale e Temporanea dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, durante il periodo di efficacia della Copertura nei termini di cui al precedente art. 3 "DECORRENZA DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA";
2. il Sinistro sia avvenuto scadute le ore 24:00 della data termine del **Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di effetto** e comunque durante il periodo di efficacia della Copertura ai sensi del precedente art. 3 "DECORRENZA DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA";
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 23 "ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA";

ART. 22 INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale e Temporanea consiste nella liquidazione di un importo mensile di ammontare pari a quello del versamento protetto. Fermo quanto disposto all'ultimo capoverso dell'art. 3 "DECORRENZA DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA", per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo del versamento protetto, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale e Temporanea dal termine del **Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni consecutivi**; gli Indennizzi successivi, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale e Temporanea.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 versamenti protetti ed un massimo di 36 versamenti protetti nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Copertura.

ART. 23 ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Totale e Temporanea causata da:

- **Conseguenze di malattie o stati patologici preesistenti alla sottoscrizione della polizza, malformazioni, infortuni verificatisi prima di tale data;**
- **infortuni o Malattie causati** da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- **partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore**, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo, o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- **pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;**
- **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;**
- **infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni**, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche;**
- **infortunio o Malattie causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
- **infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;**
- **parto gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali:** sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- **interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari**, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- **qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;**

-
- **mal di schiena e patologie assimilabili**, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, alla data di decorrenza della Copertura, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti al precedente art. 2 "PERSONE ASSICURABILI".

ART. 24 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale e Temporanea o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale e Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione di 30 giorni consecutivi, ovvero di 180 giorni consecutivi** se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente, durante il quale l'Assicurato sia tornato a svolgere la sua normale attività lavorativa.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Inabilità Totale e Temporanea cessano qualora siano superati i massimali di cui al precedente art. 22 "INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA".

SEZIONE TERZA

ASSICURAZIONE PER DISOCCUPAZIONE

ART. 25 OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE

La Società corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo art. 26 "INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE" qualora:

1. si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della Copertura nei termini di cui al precedente art. 3 "Decorrenza durata e cessazione della Copertura";
2. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24:00 della data termine del **Periodo di Carenza di 90 giorni successivo alla Data di effetto**;
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 27 "ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE";
4. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI".

ART. 26 INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

L'Indennizzo previsto nel caso di Disoccupazione consiste nella liquidazione di un importo mensile di ammontare pari a quello del versamento protetto. Fermo quanto disposto all'ultimo capoverso dell'art. 3 "DECORRENZA DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA", per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo del versamento protetto, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Disoccupazione dal termine del **Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni consecutivi**; gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali di importo pari al versamento protetto, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 versamenti protetti, e un massimo di 36 versamenti protetti nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Copertura.

ART. 27 ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

- **Nessun Indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Disoccupazione se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore.**

-
- **Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Disoccupazione se:**
 - **l'Assicurato, fatta eccezione per quanto previsto al precedente art. 6 “MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA” nel caso di modifica della posizione lavorativa**, non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
 - **alla Data Iniziale l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione**, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
 - **la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;**
 - **la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;**
 - **la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro** o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, di inserimento, apprendistato, ecc.) o della interruzione di un rapporto di “Lavoro a Progetto” (ex Collaborazione Coordinata Continuativa);
 - **l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero**, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
 - **l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;**
 - **l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia**, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità o di percezione dell'indennità di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
 - **l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;**
 - **la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Temporanea Totale;**
 - **l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.**

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, alla data di stipulazione del Contratto, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti al precedente art. 2 “PERSONE ASSICURABILI”.

ART. 28 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi** nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente di Ente Privato ed abbia superato il periodo di prova.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione a una Copertura per Disoccupazione cessano qualora siano superati i massimali di cui al precedente Art. 26 “INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE”.

SEZIONE QUARTA

ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O DA MALATTIA

ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O DA MALATTIA

La Società corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo art. 30 “INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO” qualora:

1. si sia verificato un Sinistro consistente nel Ricovero Ospedaliero da Infortunio o da Malattia dell'Assicurato;

2. il Sinistro sia avvenuto scadute le ore 24:00 della data termine del **Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di effetto** e comunque durante il periodo di efficacia della Copertura ai sensi del precedente art. 3 “DECORRENZA DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA”;
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 31 “ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO”;
4. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 7 “DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI”.

ART. 30 INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O DA MALATTIA

L'Indennizzo previsto nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o da Malattia consiste nella liquidazione di un importo mensile di ammontare pari a quello del versamento protetto. Fermo quanto disposto all'ultimo capoverso dell'art. 3 “DECORRENZA DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA”, per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo del versamento protetto, sarà liquidato se sia trascorso il **Periodo di Franchigia Relativa pari a 7 giorni consecutivi** di Ricovero Ospedaliero; gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali di importo pari al versamento protetto, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 versamenti protetti, e un massimo di 36 versamenti protetti nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Copertura.

ART. 31 ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Ricovero Ospedaliero derivanti dagli Infortuni o Malattie e quant'altro già indicato nel precedente art. 23 “ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA” della SEZIONE SECONDA – ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, alla data di decorrenza della Copertura, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti al precedente art. 2 “PERSONE ASSICURABILI”.

ART. 32 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è **trascorso un periodo di 30 giorni consecutivi ovvero di 180 giorni consecutivi** se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Ricovero Ospedaliero cessano qualora siano superati i massimali di cui al precedente art. 30 “INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO”.

