

# UNIPLAN 2005



**COMMERCIAL UNION**

Viale Abruzzi, 94 – 20131 Milano – Tel. 02.2775.1 – Fax 02.2775.204

Capitale Sociale Euro 429.713.613,12 (i.v.) – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18240 del 28/07/1989 (Gazzetta Ufficiale n. 186 del 10/08/1989) – R.E.A. di Milano n. 1284961 – Codice Fiscale, iscrizione al registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 09269930153.

La Società ha sede legale e sociale in Italia – Viale Abruzzi, 94 – 20131 Milano

COMPAGNIA DEL GRUPPO  AVIVA



Gentile Cliente,  
ci complimentiamo con Lei per aver scelto UNIPLAN 2005.

UNIPLAN 2005, rappresenta una delle soluzioni d'investimento più evolute per il Suo patrimonio grazie alla combinazione di una significativa componente assicurativa e di una struttura finanziaria dinamica e flessibile, adattabile in funzione delle Sue esigenze.

Il versamento periodico in comode rate mensili o annuali, Le consentirà nel medio termine di accumulare un capitale o costituire una rendita vitalizia.

Con tale prodotto, dedicato ai clienti di UniCredit Banca S.p.A. , Lei avrà a disposizione la consolidata esperienza nel settore di:

- UNICREDIT ASSICURA S.r.l., Società controllata al 100% da UniCredit Banca S.p.A.
- COMMERCIAL UNION VITA S.p.A., Compagnia di Assicurazione controllata da UniCredit Banca S.p.A. e dal Gruppo AVIVA.

Nel presente Testo Contrattuale potrà trovare tutte le informazioni relative al Suo Contratto.

**UniCredit Banca S.p.A.** è comunque sin da ora a Sua disposizione per tutti i chiarimenti o le ulteriori informazioni di cui avrà bisogno.

Potrà, inoltre, far sempre riferimento ad UNICREDIT ASSICURA S.r.l. (tel. 02.39326001) e a COMMERCIAL UNION VITA S.p.A. (tel. 02.27751).

Inoltre, per ringraziarLa della fiducia accordataci abbiamo il piacere di offrirLe gratuitamente, in abbinamento al Suo Contratto UNIPLAN 2005, due garanzie studiate appositamente a salvaguardia degli obiettivi economici del Suo piano d'accumulo quali:

**INVALIDITA' PERMANENTE E DECESSO DA INFORTUNIO** che, nel caso in cui l'Assicurato subisca un grave infortunio, riconoscerà:

- un capitale per far fronte ai casi di invalidità permanente totale da infortunio;
- un capitale che tuteli i soggetti designati in caso di suo decesso.

**PROTEZIONE DEL PIANO** che Le permetterà di proseguire senza preoccupazioni, il suo piano di investimento in caso di:

- inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, qualora sia un lavoratore autonomo o un dipendente pubblico;
- perdita di impiego, qualora sia un lavoratore dipendente;
- ricovero ospedaliero, qualora non sia un lavoratore;

Con i migliori saluti.

UNICREDIT ASSICURA S.r.l.



# SOMMARIO

<b>INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA</b>	PAG. 6
<b>GUIDA ALL'USO DEL SUO CONTRATTO</b>	
<b>1. UNIPLAN 2005 - POLIZZA UNIT LINKED A PREMI RICORRENTI</b>	
I TERMINI PIÙ USATI	PAG. 10
<b>NOTA INFORMATIVA</b>	PAG. 12
<b>NORME CONTRATTUALI</b>	
- Condizioni di Assicurazione (Tariffa UE1)	PAG. 37
- Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi CU A1, CU A3, CU A4, CU A6	PAG. 49
- Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi CU A CASH, CU A2, CU A MIX e CU A TOTAL	PAG. 53
<b>2. UNIPLAN 2005 - INVALIDITÀ PERMANENTE E DECESSO DA INFORTUNIO</b>	PAG. 58
<b>3. UNIPLAN 2005 - PROTEZIONE DEL PIANO DI RISPARMIO</b>	PAG. 65

# 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 COMMERCIAL UNION VITA 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 di adesione - 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 consortili 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:

COMMERCIAL UNION VITA 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).

## **MODALITÀ 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:

COMMERCIAL UNION VITA 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 - COMMERCIAL UNION VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474 – email [privacy\\_vita@avivaitalia.it](mailto:privacy_vita@avivaitalia.it)

Il Direttore Generale è responsabile del trattamento dei dati personali per l'area industriale assicurativa.

# GUIDA ALL'USO DEL SUO CONTRATTO

Conservi con cura questo Testo Contrattuale **UNIPLAN 2005 - POLIZZA UNIT LINKED A PREMIO RICORRENTE**, la *Proposta*, documento che attesta la Sua adesione al Contratto e con la quale si dà corso alla Sua posizione assicurativa e la *Lettera di Conferma*, che riceverà dalla Commercial Union Vita S.p.A., nella quale è indicato il numero definitivo di Polizza a cui dovrà fare sempre riferimento e dove sono illustrate le diverse informazioni inerenti al Suo Contratto.

Nel presente Testo Contrattuale sono indicate le Condizioni che regolano la vita del Suo Contratto, in particolare:

## 1. **UNIPLAN 2005 - POLIZZA UNIT LINKED A PREMI RICORRENTI** contiene:

- la **NOTA INFORMATIVA**, che illustra le principali caratteristiche del Suo Contratto e descrive gli aspetti di maggiore rilievo delle Condizioni di Assicurazione e del Regolamento del Fondo Interno Assicurativo;
- le **NORME CONTRATTUALI**, che comprendono:
  - le **Condizioni di Assicurazione**: si riferiscono in modo specifico al Contratto da Lei sottoscritto, un Contratto Unit Linked a premio ricorrente (Tariffa UE1);
  - i **Regolamenti dei Fondi Interni Assicurativi**: stabiliscono le modalità di gestione dei *Fondi Interni Assicurativi*.

## 2. **UNIPLAN 2005 - INVALIDITÀ PERMANENTE E DECESSO DA INFORTUNIO** che illustra le principali caratteristiche delle prestazioni: “Invalidità Permanente da Infortunio” e “Decesso per Infortunio” prestate da Commercial Union Italia S.p.A. all'Assicurato, del contratto UNIPLAN 2005.

## 3. **UNIPLAN 2005 - PROTEZIONE DEL PIANO DI RISPARMIO** che illustra le principali caratteristiche delle prestazioni: “Inabilità Temporanea Totale”, “Disoccupazione” e “Ricovero Ospedaliero” prestate da Commercial Union Italia S.p.A. al Contraente del Contratto UNIPLAN 2005.



# **SEZIONE 1**

## **UNIPLAN 2005 POLIZZA UNIT LINKED A PREMI RICORRENTI**

## I TERMINI PIÙ USATI

**Società:** Compagnia di Assicurazioni - **Commercial Union Vita S.p.A.** - con la quale viene stipulato il Contratto;

**Soggetto Incaricato:** sportello di UniCredit Banca S.p.A. presso cui è stato stipulato il Contratto;

**Soggetto Gestore dei Fondi Interni Assicurativi:** Pioneer Investment Management SGRp.a. Società appartenente al Gruppo UniCredito Italiano;

**Contraente:** persona, fisica o giuridica, che stipula il Contratto e si impegna a pagare il premio. È titolare a tutti gli effetti del Contratto;

**Assicurato:** persona sulla cui vita è stipulato il Contratto. Può coincidere con il Contraente;

**Beneficiario:** persona, fisica o giuridica, cui spetta il pagamento della prestazione prevista;

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

**Data di decorrenza:** data da cui sono operanti le prestazioni del Contratto, in questo caso il secondo giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento da parte della Società del primo premio ricorrente - o della prima rata di premio in caso di frazionamento mensile -;

**Recesso:** diritto del Contraente di recedere dal Contratto. Il diritto può essere esercitato entro e non oltre 30 giorni dalla 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:** è l'arco di tempo che il Contraente sceglie per il pagamento dei premi ricorrenti; viene prescelta al momento della sottoscrizione della Proposta;

**Durata per il Profilo Guidato:** è utilizzato per definire all'interno di quale Fondo Interno Assicurativo viene investito il capitale in considerazione della durata pagamento premi residua.

**Premio iniziale:** importo che il Contraente si impegna a corrispondere per il primo anno alla Società;

**Premio Ricorrente:** importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente, dal secondo anno e per tutta la durata pagamento premi alla Società;

**Capitale Caso Morte:** prestazione che la Società corrisponde ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale;

**Bonus iniziale:** maggiorazione del capitale attraverso il riconoscimento gratuito da parte della Società di quote alla data di decorrenza del Contratto - in caso frazionamento annuale - o alla fine del primo anno di durata contrattuale - in caso di frazionamento mensile -;

**Spese:** oneri a carico del presente Contratto;

**Valore unitario delle quote:** è il valore di mercato delle quote, riferito a ciascun Fondo Interno Assicurativo, pubblicato giornalmente sui principali quotidiani nazionali;

**Controvalore delle quote:** capitale, ottenuto moltiplicando il numero delle quote, possedute dal Contraente ad una determinata data, per il loro valore unitario alla stessa data;

**Sostituzione del Fondo Interno Assicurativo:** - in caso di scelta del "Percorso Libero" - possibilità data al Contraente di richiedere il trasferimento della totalità del numero di quote possedute nel Fondo Interno Assicurativo precedentemente scelto ad un altro Fondo Interno Assicurativo tra quelli gestiti dalla Società per il presente Contratto;

**Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi:** la Società varierà il Fondo Interno Assicurativo adottando quello di volta in volta corrispondente alla "Durata per il Profilo Guidato" coincidente con la durata pagamento premi residua;

**Sospensione del pagamento dei premi:** facoltà del Contraente, a determinate condizioni, di sospendere il pagamento dei premi;

**Riattivazione:** facoltà del Contraente, a determinate condizioni, di riprendere il pagamento dei premi;

**Riduzione:** facoltà del Contraente, a determinate condizioni, di interrompere il pagamento dei premi, pur mantenendo in vita il Contratto per un capitale ridotto, calcolato in base al numero di quote possedute in quel momento ed al netto dell'eventuale penalità;

**Riscatto:** (totale o parziale): diritto del Contraente di chiedere la liquidazione di tutto o parte del capitale maturato alla data di richiesta di riscatto. È possibile esercitare tale diritto solo dopo che sia trascorso interamente un anno dalla data di decorrenza del Contratto e sia stata corrisposta interamente la prima annualità di premio.

Sono previste penalità in caso di riscatto entro i primi sei anni dalla data di decorrenza del Contratto;

**Opzione in Rendita Vitalizia:** facoltà del Contraente di scegliere, in alternativa al valore di riscatto totale, la corresponsione di rate di rendita annua vitalizia rivalutabile;

**Valuta:** il presente Contratto è stipulato in Euro e pertanto ogni calcolo ed ogni riferimento ad importi monetari avviene esclusivamente con tale valuta;

# NORME CONTRATTUALI

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### Art. 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE 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 al successivo Art. 2 "Limitazioni della Maggiorazione per la Garanzia Morte" - la Società corrisponde, ai Beneficiari designati, il Capitale Caso Morte ottenuto come somma dei seguenti due importi:

- a) controvalore delle quote del Fondo Interno Assicurativo prescelto 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 è ottenuta applicando all'importo indicato al punto a) le percentuali di maggiorazione indicate nella Tabella che segue, determinate in funzione dell'età dell'Assicurato alla data del decesso:

<b>ETA DELL'ASSICURATO (in anni interi) ALLA DATA DI DECESSO</b>	<b>% DI MAGGIORAZIONE</b>
da 18 a 39 anni	20,0 %
da 40 a 59 anni	10,0 %
da 60 anni e oltre	0,2%

La suddetta maggiorazione non può comunque essere superiore a 10.000,00 Euro.

**Il valore del 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 successivo Art. 13 "Spese". Non esiste inoltre alcun valore minimo garantito dalla Società per la prestazione in caso di decesso.**

### Art. 2 - LIMITAZIONI DELLA MAGGIORAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

La maggiorazione per la Garanzia Morte di cui al punto b) del precedente Art. 1 "Prestazioni Assicurate in Caso di Decesso dell'Assicurato" non verrà 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 dovuto a infezione da HIV sindrome di 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;
  - 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 dall'entrata in vigore del Contratto (data di decorrenza), o trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto stesso;
  - stato di ubriachezza nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili.

La limitazione di cui alla lettera a) non verrà applicata qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A 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 la data di decorrenza;
- di infortunio - intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso – avvenuto dopo la data di decorrenza.

### **Art. 3 - BONUS INIZIALE**

Il Contratto prevede che venga riconosciuto un bonus iniziale:

- in caso di frazionamento annuale del premio: alla data di decorrenza del Contratto;
- in caso di frazionamento mensile del premio: se il contratto è in regola con il pagamento dei premi e se l'Assicurato è in vita, alla prima ricorrenza annuale del Contratto.

Tale bonus, viene riconosciuto esclusivamente per premi ricorrenti pari o superiori a 6.000,00 Euro ed è pari al 1,5% del premio iniziale diminuito delle spese in percentuale del 3,75% di cui al successivo Art. 13 "SPESE" comma 2.

Il bonus comporta una maggiorazione del capitale attraverso il riconoscimento gratuito da parte della Società di quote che si determinano dividendo l'importo del bonus, per il valore unitario delle quote del Fondo Interno Assicurativo prescelto dal Contraente, quale rilevato:

- in caso di frazionamento annuale del premio: alla data di decorrenza;
- in caso di frazionamento mensile del premio: alla prima ricorrenza annuale del Contratto.

### **Art. 4 - PREMIO INIZIALE, PREMIO RICORRENTE E MODALITÀ DI VERSAMENTO**

Gli importi del premio iniziale e del premio ricorrente vengono indicati dal Contraente all'atto della sottoscrizione della Proposta, in relazione ai propri obiettivi in termini di prestazioni assicurate.

I premi devono essere versati dal Contraente alla Società alla conclusione del Contratto e, successivamente, sempreché l'Assicurato sia in vita, ad ogni ricorrenza annuale o mensile della data di decorrenza, a seconda della periodicità di versamento prescelta:

- alla data di sottoscrizione della Proposta, in caso di frazionamento annuale del premio, deve essere corrisposto un premio iniziale che deve essere pari a:
  - 1,5 volte il premio ricorrente;
  - 2 volte il premio ricorrente;
  - 3 volte il premio ricorrente.

L'importo minimo del premio iniziale in ogni caso è pari a 1.800,00 Euro;

- alla data di sottoscrizione della Proposta, ed alle rispettive ricorrenze mensili della prima annualità, in caso di frazionamento mensile, devono essere corrisposte le rate mensili del premio iniziale pari a:
  - 1,5 volte la rata mensile del premio ricorrente;
  - 2 volte la rata mensile del premio ricorrente;
  - 3 volte la rata mensile del premio ricorrente.

L'importo minimo di ciascuna rata mensile del premio iniziale in ogni caso è pari a 150,00 Euro;

- dalla seconda annualità, alle rispettive ricorrenze annue o mensili devono essere corrisposti premi ricorrenti di importo non inferiori a 1.200,00 Euro annui o 100,00 Euro mensili.

Ad ogni ricorrenza annuale, il Contraente ha la facoltà di modificare la frequenza di versamento prescelta inizialmente. Ogni richiesta di modifica deve pervenire alla Società almeno tre mesi prima della ricorrenza annuale attraverso il Soggetto Incaricato.

L'importo del premio ricorrente pattuito non può essere modificato nel corso della durata pagamento premi. A seguito del pagamento del primo premio o della prima rata di premio – in caso di frazionamento mensile - e dell'avvenuta determinazione del capitale espresso in quote del Fondo Interno Assicurativo prescelto dal Contraente, la Società invierà a quest'ultimo la **Lettera di Conferma** che contiene le seguenti informazioni:

- il numero di polizza;
- il primo premio corrisposto;
- il premio investito alla data di decorrenza;
- la durata pagamento premi;
- la data di decorrenza del contratto (che coincide con la data a cui il prezzo delle quote si riferisce);
- relativamente al Fondo Interno Assicurativo prescelto:
  - il numero delle quote acquistate a fronte del versamento effettuato;
  - il prezzo (valore unitario) al quale è avvenuto l'acquisto.

Il pagamento di ciascuna tipologia di premio deve essere effettuato mediante procedura di addebito sul conto corrente del Contraente, appoggiato presso il Soggetto Incaricato.

Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento sia del premio iniziale che dei premi ricorrenti, 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 del Contraente con il Soggetto Incaricato la Società, provvede ad indicare al Contraente le possibili modalità di pagamento dei premi quali ad esempio RID.

#### **Art. 5 - DETERMINAZIONE DEL CAPITALE ESPRESSO IN QUOTE**

Questo Contratto si distingue dalle forme assicurative tradizionali in quanto il capitale viene espresso in quote del Fondo Interno Assicurativo prescelto dal Contraente.

Ai fini della determinazione del numero di quote, vale quanto segue:

- Il premio iniziale annuale o la prima rata mensile di premio iniziale vengono:
  - diminuiti delle spese di cui ai commi 1 e 2 del successivo articolo 13 "Spese";
  - divisi per il valore unitario delle quote del Fondo Interno Assicurativo prescelto dal Contraente, alla data di decorrenza.
- I successivi premi ricorrenti annuali o le rate mensili del premio ricorrente versati dal Contraente, vengono:
  - diminuiti delle spese di cui ai commi 1 e 2 del successivo articolo 13 "Spese";
  - divisi per il valore unitario delle quote del Fondo Interno Assicurativo prescelto dal Contraente, del primo giorno di Borsa aperta successivo a quello della data di incasso.

#### **Art. 6 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

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

#### **Art. 7 - DECORRENZA DEL CONTRATTO**

Le prestazioni del Contratto decorrono dal secondo giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento, da parte della Società, del primo premio - premio iniziale - o della prima rata di premio – in caso di frazionamento mensile -.

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

### **Art. 8 - 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 dall'Art. 6 "CONCLUSIONE DEL CONTRATTO".

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

*Commercial Union Vita 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 secondo 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 della polizza, moltiplicato per il numero delle quote acquisite alla data di decorrenza, al netto della spesa di emissione del Contratto, dovuta alla Società, pari a 50 Euro.

### **Art. 9 - DURATA DEL CONTRATTO E DEL PIANO DI VERSAMENTI**

Il Contratto resta in vigore per tutta la vita dell'Assicurato e si estingue solo nei seguenti casi:

- decesso dell'Assicurato;
- richiesta di riscatto totale.

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

### **Art. 10 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO**

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

Trascorsi sei mesi dalla data di decorrenza del Contratto, questo non è contestabile per 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.

### **Art. 11 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ**

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Proposta, dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dai Regolamenti dei Fondi Interni Assicurativi, dalla Lettera di Conferma e dalle eventuali Appendici al Contratto, firmate dalla Società stessa. Per tutto quanto non espressamente qui regolato, valgono le Norme di Legge.

### **Art. 12 - 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 su un quotidiano a diffusione nazionale indicato nella Nota Informativa (1.2 "PRESTAZIONI COLLEGATE AI FONDI INTERNI ASSICURATIVI").

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.

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 Norme Contrattuali, il valore unitario delle quote quale risultante il primo giorno di Borsa aperta successivo.

## **Art. 13 – SPESE**

### Spese sul Premio

Su ciascun versamento effettuato dal Contraente la Società trattiene, a titolo di caricamento:

**1. Spesa fissa:** pari a 24,00 Euro in caso di frazionamento annuale o a 2,00 Euro in caso di frazionamento mensile.

La spesa fissa è trattenuta dalla posizione individuale del Contraente con frequenza annuale o mensile. Più precisamente sia alla decorrenza che ad ogni ricorrenza annua o mensile del Contratto la spesa fissa viene detratta dal premio iniziale annuale o dalla rata mensile del premio iniziale versata e dal premio ricorrente annuale e dalla rata mensile del premio ricorrente versata;

**2. Spese in percentuale:** pari al 3,75% e viene calcolato sul premio iniziale annuale o sulla rata mensile del premio iniziale già diminuita della spesa fissa e sul premio ricorrente annuale o sulla rata mensile del premio ricorrente già diminuito della spesa fissa.

### Spesa di Recesso

Nel caso in cui il Contraente receda dal Contratto la Società rimborserà al Contraente l'importo come calcolato al precedente Art. 8 "Diritto di Recesso" al netto di una spesa fissa pari a 50,00 Euro, trattenuta dalla Società a titolo di spesa di emissione del Contratto.

### Commissioni in caso di Riscatto Parziale

In caso di riscatto parziale è prevista una commissione aggiuntiva a carico del Contraente pari a 20,00 Euro.

### Commissioni in caso di Sostituzione del Fondo Interno Assicurativo

In caso di sostituzione del Fondo Interno Assicurativo precedentemente scelto con un altro Fondo Interno Assicurativo, è prevista una commissione a carico del Contraente di 20,00 Euro. La commissione non si applica nelle prime due sostituzioni e in caso di adesione al "Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi".

## **Art. 14 - PERCORSI DI INVESTIMENTO**

Il Contraente ha la possibilità, esclusivamente alla sottoscrizione della Proposta, di aderire ad un Percorso libero di investimento, ovvero di optare per un "Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi".

Le caratteristiche dei due profili di investimento dei premi sono:

### 14.1 PERCORSO LIBERO

Il Contraente decide di non avvalersi della consulenza della Società per l'investimento dei premi corrisposti. Pertanto, il Contraente stesso sceglie in autonomia, il Fondo Interno Assicurativo a cui destinare i premi versati e, nel corso del Contratto, valuta l'opportunità di modificare il profilo di investimento scelto mediante la sostituzione del Fondo Interno Assicurativo come indicato al successivo Art. 15 "Sostituzione del Fondo Interno Assicurativo – Switch -".

I Fondi Interni Assicurativi messi a disposizione per il presente Percorso sono:

- CU A1
- CU A2
- CU A3
- CU A MIX
- CU A4
- CU A TOTAL
- CU A6



In caso di adesione al Percorso Libero, non è data facoltà al Contraente di passare al “Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi” nel corso della durata contrattuale.

#### 14.2 PROFILO GUIDATO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Nel caso in cui il Contraente aderisca al “Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi”, la Società investirà il capitale all'interno dei Fondi Interni Assicurativi in cui la "Durata per il profilo guidato" risulta coerente con la durata pagamento premi residua senza che il cliente debba autorizzare preventivamente le necessarie operazioni di sostituzione Fondo.

La Società, al fine di tutelare nel tempo l'investimento del Contraente, adeguerà la tipologia di investimento secondo un profilo sempre più orientato al basso rischio e secondo la durata pagamento premi residua, come di seguito indicato:

<b>Fondo Interno Assicurativo</b>	<b>Durata Pagamento Premi Residua</b>
CU A4	oltre 15 anni ed 1 giorno
CU A MIX	da 15 anni a 8 anni e 1 giorno
CU A3	da 8 anni a 5 anni e 1 giorno
CU A2	da 5 anni a 3 anni e 1 giorno
CU A1	da 3 anni a 1 anni e 1 giorno
CU A CASH	da 1 anno ad 1 giorno

Nell'ambito del “Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi” la Società non investirà nel Fondo Interno Assicurativo CU A6 e nel Fondo Interno Assicurativo CU A TOTAL.

La Società, al fine di ottimizzare l'investimento del contraente, ad ogni ricorrenza annuale del contratto verificherà la coerenza temporale tra il Fondo Interno Assicurativo in cui è investito il capitale e la durata pagamento premi residua. Nel caso in cui quest'ultima sia inferiore alla "Durata per il profilo guidato" del Fondo Interno Assicurativo, la Società trasferirà il capitale, unitamente al nuovo premio corrisposto, sul Fondo Interno Assicurativo con "Durata per il profilo guidato" inferiore.

La riallocazione del capitale nel nuovo Fondo Interno Assicurativo è attuata alla data di ricorrenza annua, non prevede alcun costo aggiuntivo ed è effettuata nei termini seguenti:

- viene determinato il controvalore del numero di quote del Fondo Interno Assicurativo precedente, moltiplicando il valore unitario delle quote del giorno di ricorrenza annua per il numero delle quote alla stessa data;
- detto importo, unitamente all'investimento derivante dal premio versato alla ricorrenza annuale, viene diviso per il valore unitario delle quote del nuovo Fondo Interno Assicurativo, quale rilevato il medesimo giorno.

La Società invierà una comunicazione al Contraente dell'avvenuta modifica del Fondo Interno Assicurativo in occasione della prima Lettera di Informazione successiva alla variazione del Fondo stesso.

Si precisa che per il “Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi” non è data facoltà al Contraente di effettuare autonomamente modifiche del profilo di investimento mediante Sostituzione del Fondo Interno Assicurativo fino al termine del Percorso stesso. Raggiunto il termine del Percorso Guidato sarà possibile modificare il profilo di investimento con le modalità ed alle condizioni previste per la Sostituzione del Fondo Interno Assicurativo relativi al Percorso Libero.

In ogni caso dopo trenta giorni dalla data di decorrenza il Contraente potrà modificare la sua scelta:

- richiedendo direttamente, al Soggetto Incaricato, la conversione del capitale espresso in quote del Fondo Interno Assicurativo precedente scelto in quote di uno degli altri Fondi Interni Assicurativi tra quelli gestiti dalla Società in relazione al presente Contratto;

- inviando una lettera di recesso dall'opzione "Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi" alla Società attraverso, il Soggetto Incaricato. In questo caso il Contraente potrà mantenere il suo investimento nello stesso Fondo Interno Assicurativo oppure effettuare la sostituzione dello stesso.

La lettera o la richiesta di conversione del capitale dovrà pervenire alla Società entro i 60 giorni antecedenti la ricorrenza annua.

Una volta disdetto il "Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi" non sarà più possibile riaderirvi nuovamente.

Di seguito riportiamo un esempio di attuazione del "Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi":

- decorrenza: 01/02/2005
- durata pagamento premi: 20 anni

Fondo Interno Assicurativo dal 01/02/2005 al 01/02/2010: CU A4

Fondo Interno Assicurativo dal 01/02/2010 al 01/02/2017: CU A MIX

Fondo Interno Assicurativo dal 01/02/2017 al 01/02/2020: CU A3

Fondo Interno Assicurativo dal 01/02/2020 al 01/02/2022: CU A2

Fondo Interno Assicurativo dal 01/02/2022 al 01/02/2024: CU A1

Fondo Interno Assicurativo dal 01/02/2024: CU A CASH

#### **Art. 15 - SOSTITUZIONE DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO**

Nel caso in cui il Contraente abbia optato per il "Percorso libero" o abbia revocato il "Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi", trascorsi almeno trenta giorni dalla data di decorrenza del Contratto, il Contraente può chiedere al Soggetto Incaricato, la conversione del capitale espresso in quote del Fondo Interno Assicurativo precedentemente scelto in quote di uno degli altri Fondi Interni Assicurativi tra quelli gestiti dalla Società in relazione al presente Contratto.

Il controvalore della totalità del numero di quote del Fondo Interno Assicurativo precedentemente scelto viene così trasformato in controvalore del numero di quote del nuovo Fondo Interno Assicurativo scelto al momento della richiesta di sostituzione.

La conversione viene effettuata nei termini seguenti:

- viene determinato il controvalore del numero di quote del Fondo Interno Assicurativo precedentemente scelto dal Contraente, in base al numero di quote ed al valore unitario delle stesse del secondo giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento, da parte della Società, della comunicazione di conversione;
- detto importo, al netto della commissione stabilita dalla Società pari a 20,00 Euro – come indicato al precedente Art. 13 "Spese" - viene diviso per il valore unitario delle quote del nuovo Fondo Interno Assicurativo, quale rilevato il medesimo giorno. La commissione non si applica nelle prime due sostituzioni.

Il Contraente potrà scegliere uno qualsiasi dei Fondi Interni Assicurativi tra quelli predisposti dalla Società per il presente Contratto tranne il Fondo CU A CASH.

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

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

#### **Art. 16 - SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI RICORRENTI**

Il Contraente può decidere di sospendere il pagamento dei premi. In questo caso:

- se il Contraente decide di sospendere il pagamento dei premi nel corso dei primi 12 mesi dalla data di decorrenza del Contratto e non versa tutte le rate di premio arretrate entro 6 mesi dalla data di sospensione:
  - i premi già corrisposti restano acquisiti dalla Società;
  - il Contratto si intende annullato;
  - nulla è dovuto al Contraente stesso o ad eventuali Beneficiari;

- se il Contraente - pagata interamente la prima annualità di premio e trascorsi 12 mesi dalla data di decorrenza del Contratto – decide di sospendere il pagamento dei premi, ha la facoltà di:
  - riprendere il pagamento dei premi;
  - ridurre il Contratto;
  - riscattare il Contratto.

Nel caso in cui il Contraente abbia aderito al “Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi” e nel corso della durata contrattuale abbia sospeso il pagamento dei premi la Società continuerà ad ogni ricorrenza annua a riallocare il capitale nei Fondi Interni Assicurativi secondo la durata pagamento premi residua.

**Art. 17 - RIPRESA PAGAMENTO PREMI: RIATTIVAZIONE**

Il Contraente può decidere di riprendere il pagamento dei premi:

- se il Contratto è stato sospeso nei primi 12 mesi dalla stipulazione, lo stesso deve essere riattivato entro 6 mesi dalla scadenza della prima annualità o rata di premio non pagata con la corresponsione di tutti i premi arretrati, in caso contrario il Contratto si intende annullato;
- se il Contratto è stato sospeso dopo aver pagato interamente la prima annualità di premio e sono trascorsi almeno 12 mesi dalla data di decorrenza, lo stesso può essere riattivato entro 12 mesi dalla scadenza della prima annualità o rata di premio non pagata, in caso contrario il Contratto viene ridotto e non è più possibile la ripresa del pagamento dei premi.

**Art. 18 – RIDUZIONE**

Trascorso un anno dalla data di decorrenza e corrisposta interamente la prima annualità di premio il Contraente può decidere di non corrispondere ulteriori premi e richiedere che il Contratto resti in vigore, libero da ulteriori premi, per il capitale ridotto.

Il Contratto viene ridotto qualora sia stata pagata interamente la prima annualità di premio e siano trascorsi 12 mesi dalla prima annualità di premio o rata di premio non pagata.

Il capitale ridotto è pari al:

- controvalore delle quote, calcolato moltiplicando il valore unitario delle quote del secondo giorno di Borsa aperta successivo alla data di riduzione per il numero di quote possedute alla stessa data.
- l'importo così determinato, viene diminuito delle penalità di riduzione indicate nella seguente Tabella che variano in funzione delle annualità di premio interamente corrisposte:

<b>Annualità di premio interamente corrisposte</b>	<b>Penali di riduzione</b>
1 annualità	16,5%
2 annualità	12,5%
3 annualità	7,5%
4 annualità	3,5%
5 annualità	2,0%
6 annualità ed oltre	nessuna

In caso di frazionamento mensile, nella determinazione della percentuale di riduzione da applicare si terrà conto unicamente delle annualità di premio interamente versate.

Dopo che il Contratto è stato ridotto non è più possibile riprendere il pagamento dei premi.

Nel caso in cui il Contraente abbia aderito al “Profilo guidato dei Fondi Interni Assicurativi” e nel corso della durata contrattuale abbia ridotto il Contratto la Società continuerà ad ogni ricorrenza annua a riallocare il capitale nei Fondi Interni Assicurativi come se il Contratto non fosse stato ridotto.

**In caso di riduzione il controvalore delle quote potrebbe risultare inferiore ai 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. 13 “Spese” sia per le penalità di riduzione.**

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

## **Art. 19 - 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.

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 viene calcolato nei termini seguenti:

- a) il controvalore delle quote del Fondo Interno Assicurativo prescelto dal Contraente calcolato moltiplicando il numero di quote per il valore unitario delle stesse del secondo giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento della richiesta di riscatto da parte della Società;
- b) l'importo così determinato viene corrisposto per intero qualora siano state interamente versate sei annualità di premio. 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 delle annualità di premio interamente corrisposte:

<b>Annualità di premio interamente corrisposte</b>	<b>Penali di riscatto</b>
1 annualità	16,5%
2 annualità	12,5%
3 annualità	7,5%
4 annualità	3,5%
5 annualità	2,0%
6 annualità e oltre	nessuna

Il valore di riscatto viene corrisposto per intero senza l'applicazione delle Penalità di riscatto nel caso in cui sia già stata effettuata in precedenza la riduzione del capitale.

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 di cui sopra, fatto salvo l'addebito di un'ulteriore commissione di 20,00 Euro, a condizione che:

- l'importo lordo riscattato risulti non inferiore a 1.500,00 Euro;
- il controvalore del capitale residuo espresso in quote del Fondo Interno Assicurativo non risulti inferiore a 2.500,00 Euro.

È possibile richiedere un successivo riscatto parziale soltanto dopo 12 mesi dalla precedente richiesta. In caso di liquidazione del valore di riscatto parziale il Contratto rimane in vigore per le quote residue.

**Per qualsiasi informazione relativa al calcolo del valore di riscatto, il Contraente può rivolgersi direttamente alla Commercial Union Vita S.p.A., al numero telefonico 02/27.75.439.**

**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 ai versamenti effettuati sia per effetto del deprezzamento del valore unitario delle quote sia per eventuali penalità di riscatto sia per applicazione delle spese indicate all'Art. 13 "SPESE" che precede.**

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

#### **Art. 20 - PRESTITI**

Il presente Contratto non prevede l'erogazione di prestiti.

#### **Art. 21 - CONFLITTO DI INTERESSI**

Commercial Union Vita S.p.A., Società che commercializza il presente Contratto, è partecipata da Aviva Italia Holding, da Commercial Union Italia e da Unicredit Banca S.p.A..

Commercial Union Vita S.p.A. fa capo al Gruppo Inglese AVIVA PLC.. Il prodotto viene distribuito da Unicredit Banca S.p.A. appartenente al Gruppo Unicredit.

#### **Art. 22 – OPZIONE DI RENDITA VITALIZIA**

Entro tre mesi prima della data di scadenza del Contratto il Contraente, può richiedere alla Società di convertire il capitale a scadenza 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 rivalutabile pagabile in modo certo nei primi cinque anni o dieci anni e, successivamente pagabile, 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 capitale a scadenza 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.

Le Condizioni Contrattuali, i coefficienti per la determinazione della rendita annua vitalizia rivalutabile di opzione e le modalità per la sua rivalutazione annuale sono quelli che risulteranno in vigore all'epoca della conversione del capitale a scadenza in rendita.

#### **Art. 23 - BENEFICIARI**

La designazione dei Beneficiari, fatta dal Contraente e riportata in Proposta, può essere in qualsiasi momento modificata con richiesta scritta del Contraente alla Società, tramite il Soggetto Incaricato, oppure mediante disposizione testamentaria, nei termini previsti dal Codice Civile.

La designazione dei Beneficiari non può essere modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che, alla scadenza del Contratto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

#### **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 Commercial Union Vita S.p.A., Viale Abruzzi n. 94, 20131 Milano -;
- inviate a Commercial Union Vita 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. I trenta giorni vengono considerati dal momento in cui la richiesta di liquidazione arriva alla Direzione della Società oppure al Soggetto Incaricato.

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 sostitutiva dell'atto notorio autenticata**, 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 diritti 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 sostitutiva dell'atto notorio autenticata** 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 diritti o quote di eredità;
- decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori o privi della 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:
  - copia di un valido documento di identità;
  - copia del codice fiscale;
  - dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice CAB, ABI e CIN.

#### 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:
  - copia di un valido documento di identità;
  - copia del codice fiscale;
  - dichiarazione sottoscritta dal Contraente con indicato il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice CAB, ABI e CIN;
- l'Assicurato (se persona diversa dal Contraente) al momento della presentazione della richiesta di riscatto da parte del Contraente, dovrà sottoscrivere nel modulo 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.

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 - 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, richiede l'assenso scritto del vincolatario.

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

#### **Art. 26 - 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. 27 - 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. 28 - DUPLICATO DELLA PROPOSTA**

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

#### **Art. 29 - TRASFORMAZIONE**

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

#### **Art. 30 - 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. 31 - 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.

# **REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI**

## **CU A1, CU A3, CU A4, CU A6**

### **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 CU A1, CU A3, CU A4 e CU A6. Il Contraente, al momento della sottoscrizione della Proposta, sceglie uno dei 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.

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.

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.

### **Art. 2 - SCOPO E CARATTERISTICHE 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 del Fondo Interno Assicurativo prescelto.

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 CU A1: basso
- Fondo CU A3: medio-basso
- Fondo CU A4: medio-alto
- Fondo CU A6: alto

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 obiettivi che intende perseguire e decidere, nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione, di destinare il versamento effettuato in quote di uno dei Fondi Interni Assicurativi, denominati: CU A1, CU A3, CU A4 e CU A6.

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

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 5, 6, 7 e 8.

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 gestione degli attivi, sottostanti i Fondi Interni Assicurativi, verrà delegata ad un operatore qualificato, nel quadro dei criteri di allocazione del patrimonio predefinito dalla Società attraverso un adeguato e sistematico servizio di asset allocation, ferma restando l'esclusiva responsabilità della Società nei confronti dei Contraenti per l'attività di gestione dei Fondi Interni Assicurativi.

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

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

Gli eventuali crediti d'imposta su Fondi di diritto italiano, agevolazioni e commissioni retrocesse dai gestori non verranno riconosciute ai Contraenti ma vengono trattenute dalla Società o da terzi.

### **Art. 3 - 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. 4 - DESTINAZIONE DEI VERSAMENTI**

Il Contraente decide, nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione, di destinare i versamenti effettuati in quote di uno solo fra i Fondi Interni Assicurativi, denominati CU A1, CU A3, CU A4 e CU A6.

I capitali conferiti a ciascun Fondo Interno Assicurativo prescelto sono investiti dalla Società nel rispetto dei limiti previsti dagli Artt. 5, 6, 7 e 8 del presente Regolamento.

### **Art. 5 - CRITERI DI INVESTIMENTO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO CU A1**

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo CU A1 secondo quanto indicato nella seguente tabella:

<b>COMPARTO</b>	<b>MINIMO</b>	<b>MASSIMO</b>
Liquidità	0%	10%
Monetario	10%	50%
Obbligazionario	40%	90%

### **Art. 6 - CRITERI DI INVESTIMENTO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO CU A3**

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo CU A3 secondo quanto indicato nella seguente tabella:

<b>COMPARTO</b>	<b>MINIMO</b>	<b>MASSIMO</b>
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	40%
Obbligazionario	35%	75%
Azionario	10%	50%

**Art. 7 - CRITERI DI INVESTIMENTO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO CU A4**

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo CU A4 secondo quanto indicato nella seguente tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	30%
Obbligazionario	20%	70%
Azionario	30%	70%

**Art. 8 - CRITERI DI INVESTIMENTO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO CU A6**

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo CU A6 secondo quanto indicato nella seguente Tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	30%
Obbligazionario	0%	50%
Azionario	50%	100%

**Art. 9 - 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, ed è pari all'1,15% su base annua. Tale commissione è comprensiva del costo relativo alla maggiorazione in caso di decesso dell'Assicurato.
- 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 al successivo Art. 11 "Revisione Contabile".
- e) Ogni altro onere, anche fiscale, posto a carico dei Fondi.
- 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. La percentuale massima delle commissioni prelevate da parte della Società di Gestione (SGR) è pari a 1,80%.

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 totale senza penalità.

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

- a 1,60% per gli OICR appartenenti al comparto azionario;
- a 1,20% per gli OICR appartenenti al comparto obbligazionario;
- a 0,75% per gli OICR appartenenti al comparto monetario.

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.

## **Art. 10- 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. 9 “Spese Gravanti sui Fondi Interni Assicurativi”.

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 1.2 “PRESTAZIONI COLLEGATE AI FONDI INTERNI ASSICURATIVI CU A1 – CU A3 – CU A4 – CU A6”). 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 del Fondo Interno Assicurativo sopra indicato 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 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.

## **Art. 11 - REVISIONE CONTABILE**

Annualmente, alla chiusura di ogni esercizio, la Società redige il rendiconto della gestione di ciascun Fondo Interno Assicurativo.

Entro il 31 marzo di ciascun anno, il Fondo Interno Assicurativo è sottoposto a verifica contabile da parte di una Società di Revisione iscritta all'Albo Speciale di cui all'Art. 161 del Decr. Leg. 58/1998, 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.

Il rendiconto della gestione, insieme alla relazione di revisione predisposta dalla Società di Revisione, è a disposizione del Contraente presso la sede della Società dal primo aprile di ciascun anno con riferimento all’esercizio precedente.

## **Art. 12 - 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. Tali modifiche saranno tempestivamente comunicate ai Contraenti.

# REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI CU A CASH, CU A2, CU A MIX e CU A TOTAL

## 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 diversificato in Fondi Interni Assicurativi, denominati CU A CASH, CU A2, CU A MIX e CU A TOTAL.

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

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 del Contraente, potrà procedere alla fusione di uno o più Fondi Interni Assicurativi con altri Fondi aventi analoghe caratteristiche.

In particolare si precisa che fra le cause di necessità di fusione di ciascun 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 di ciascun 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 di Fondi Interni Assicurativi è l'Euro.

## Art. 2 – SCOPO E PROFILO DI RISCHIO 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 del Fondo Interno Assicurativo stesso.

I rischi connessi all'investimento nei Fondi Interni Assicurativi sono quelli derivanti dalle oscillazioni del valore delle quote in cui è ripartito il Fondo stesso, oscillazioni a loro volta riconducibili a quelle del valore corrente di mercato delle attività di pertinenza di ciascun Fondo Interno Assicurativo, nonché dal rischio di cambio per le attività denominate in valute estere.

Il profilo di rischio per ciascun Fondo Interno Assicurativo:

Fondo Interno Assicurativo CU A CASH: molto-basso

Fondo Interno Assicurativo CU A2: medio-basso

Fondo Interno Assicurativo CU A MIX: medio-basso

Fondo Interno Assicurativo CU A TOTAL: medio-basso

In particolare, l'investimento nei Fondi Interni Assicurativi è esposto, in misura diversa in relazione ai differenti 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 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. In particolare tale rischio è presente per lo strumento finanziario.
- un **rischio di cambio** per le attività denominate in valute estere diverse dall'Euro.

### Art.3 – TIPOLOGIA DEGLI INVESTIMENTI

La caratteristica principale di ciascun Fondo Interno Assicurativo è quella di investire gli attivi detenuti dalla Società:

- in quote di uno o più Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio (OICR), sia di diritto comunitario che di diritto estero (armonizzati U.E.) che soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva 85/611/CEE come modificata dalla Direttiva 88/220/CEE;
- in strumenti finanziari di vario genere, tra i quali i titoli di Stato e garantiti dallo Stato, obbligazioni anche del settore privato, Zero Coupon, strumenti del mercato monetario, denominati in qualsiasi valuta ed oggetto di transazione sia sui mercati nazionali che sui mercati internazionali e liquidità.

Gli attivi sottostanti i Fondi Interni Assicurativi vengono investiti secondo la seguente ripartizione:

#### FONDO INTERNO ASSICURATIVO CU A CASH

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo CU A CASH secondo quanto indicato nella seguente tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	40%	100%
Obbligazionario	0%	50%

#### FONDO INTERNO ASSICURATIVO CU A2

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo CU A2 secondo quanto indicato nella seguente tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	45%
Obbligazionario	40%	90%
Azionario	0%	40%

#### FONDO INTERNO ASSICURATIVO CU A MIX

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo CU A MIX secondo quanto indicato nella seguente tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	35%
Obbligazionario	30%	70%
Azionario	20%	60%

## FONDO INTERNO ASSICURATIVO CU A TOTAL

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo CU A TOTAL secondo quanto indicato nella seguente tabella:

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

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 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 del Fondo Interno Assicurativo 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 degli Assicurati per l'attività di gestione del Fondo.

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

Gli eventuali crediti d'imposta su Fondi di diritto italiano, agevolazioni e commissioni retrocesse dai gestori non verranno riconosciute ai Contraenti ma vengono trattenute dalla Società o da terzi.

### Art. 4 - 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.

### Art. 5 - 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, ed è pari all'1,15% su base annua. Tale commissione è comprensiva del costo relativo alla maggiorazione in caso di decesso dell'Assicurato.
- 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. 7 "REVISIONE CONTABILE" del Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi.



- e) Ogni altro onere, anche fiscale, posto a carico dei Fondi.
- 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.

La percentuale massima delle commissioni di gestione prelevate da parte della Società di Gestione (SGR) è pari a 1,80% 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 totale senza penalità.

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

- a 1,60% per gli OICR appartenenti al comparto azionario;
- a 1,20% per gli OICR appartenenti al comparto obbligazionario;
- a 0,80% per gli OICR appartenenti al comparto monetario.

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.

## **Art. 6 - 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. 5 “Spese Gravanti sui Fondi Interni Assicurativi”.

Nei giorni di calendario in cui - per qualsiasi ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote del Fondo Interno Assicurativo, 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 1.2.1 “CARATTERISTICHE DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI”).

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 del Fondo Interno Assicurativo sopra indicato 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 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.

#### **Art. 7 - 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, ogni 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.

L'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.

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. 8 - 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. Tali modifiche saranno tempestivamente comunicate ai Contraenti.



## **SEZIONE 2**

# **UNIPLAN 2005 INVALIDITÀ PERMANENTE E DECESSO DA INFORTUNIO**

**POLIZZA COLLETTIVA STIPULATA  
DA PARTE DI COMMERCIAL UNION VITA S.p.A.  
A FAVORE DELL'ASSICURATO  
DELLA POLIZZA UNIT LINKED UNIPLAN 2005**

## **ESTRATTO DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA POLIZZA COLLETTIVA**

*Le presenti condizioni sono un estratto delle condizioni di Assicurazione della Polizza Collettiva "Invalidità Permanente e Decesso da Infortunio", (Polizza Danni N. 5.232.068), stipulata tra Commercial Union Vita S.p.A. con Commercial Union Italia S.p.A.. Pertanto, per gli aspetti di disciplina di seguito non contemplati, si rinvia al testo integrale della Polizza Collettiva, disponibile presso la Sede della Commercial Union Vita S.p.A..*

**Nella lettura del seguente documento, si tenga presente che:**

- **per Contraente della Polizza "Invalidità Permanente e Decesso da Infortunio" si intende Commercial Union Vita S.p.A nei confronti di Commercial Union Italia S.p.A. che presta la copertura assicurativa;**

**e che**

- **per Assicurato della copertura assicurativa si intende l'Assicurato del Contratto Uniplan 2005.**

### **Art. 1 – SOCIETÀ ASSICURATRICE**

Per Società Assicuratrice si intende la **Commercial Union Italia S.p.A.** (di seguito "**Società**"), con sede legale in V.le Abruzzi 94 – 20131 Milano.

### **Art. 2 – CONTRAENTE**

Per Contraente della Polizza si intende: Commercial Union Vita S.p.A. (di seguito "**Contraente**"), con sede legale in V.le Abruzzi 94 – 20131 Milano, che stipula la Polizza Collettiva con la Società per conto dei sottoscrittori del Contratto Uniplan 2005.

### **Art. 3 - ASSICURATO**

Per Assicurato della presente Polizza Collettiva si intende l'Assicurato del Contratto Uniplan 2005 – persona fisica – che al momento della sottoscrizione del Contratto Uniplan 2005 non ha difetti fisici o mutilazioni di grado superiore al 60%.

### **Art. 4 – DECORRENZA DELLA COPERTURA**

La Copertura decorre dalle ore 24:00 della data di decorrenza del Contratto Uniplan 2005, sempre che il relativo premio sia stato corrisposto.

### **Art. 5 – PREMIO**

Il Premio relativo alla Polizza "Invalidità Permanente e Decesso da Infortunio" è a carico del Contraente Commercial Union Vita S.p.A. ed è compreso nei costi complessivi del Contratto Uniplan 2005, senza che ciò comporti alcun onere aggiuntivo a carico dei sottoscrittori di Uniplan 2005.

## **Art. 6 – OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Premesso che per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza diretta il decesso o un'invalidità permanente accertata maggiore o uguale al 60% del totale avvenuto dopo la data di decorrenza, la copertura assicurativa prevede la corresponsione di un capitale al verificarsi di uno dei seguenti eventi:

**a)** in caso di infortunio dell'Assicurato che determini, come conseguenza diretta ed esclusiva, una invalidità permanente accertata maggiore o uguale al 60% del totale, la Società corrisponderà all'Assicurato un capitale pari al 200% del controvalore delle quote del Fondo Interno Assicurativo calcolato moltiplicando il numero delle quote per il valore unitario delle stesse del giorno in cui si è verificato l'infortunio.

L'importo massimo della prestazione per ogni Assicurato (indipendentemente dal numero di Contratti Uniplan 2005 sottoscritti) è pari a € 150.000,00.

**b)** in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la Società corrisponderà ai Beneficiari caso morte del Contratto Uniplan 2005 un capitale pari al controvalore delle quote del Fondo Interno Assicurativo calcolato moltiplicando il numero delle quote per il valore unitario delle stesse del giorno in cui si è verificato l'infortunio.

L'importo massimo della prestazione per ogni Assicurato (indipendentemente dal numero di Contratti Uniplan 2005 sottoscritti) è pari a € 75.000,00.

Se dopo la corresponsione del capitale per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde la differenza tra il capitale corrisposto e quello assicurato in caso di morte, ove questa sia superiore, non chiede il rimborso in caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile ai Beneficiari. Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente all'infortunio dopo che il capitale per invalidità permanente è stato corrisposto o comunque offerto in misura determinata, la Società corrisponde ai Beneficiari tale capitale liquidato o comunque offerto.

## **Art. 7 – MASSIMALI ASSICURATI**

L'importo massimo della prestazione per ogni Assicurato - da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente -:

- in caso di infortunio dell'Assicurato che determini invalidità permanente accertata maggiore o uguale al 60% del totale è pari a € 150.000,00;
- in caso di decesso dell'Assicurato è pari a € 75.000,00.

## **Art. 8 – DURATA DELLA COPERTURA**

Il periodo di copertura ha durata pari alla durata contrattuale del Contratto Uniplan 2005.

## **Art. 9 – CESSAZIONE DELLA COPERTURA**

La Copertura cessa di avere effetto alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

- recesso del Contratto Uniplan 2005;
- riscatto totale del Contratto Uniplan 2005;
- raggiungimento del 80esimo anno di età;
- decesso dell'assicurato del Contratto Uniplan 2005;
- liquidazione del capitale di invalidità permanente.

## **Art. 10 – ESTENSIONI**

La copertura assicurativa vale per gli infortuni che colpiscono l'Assicurato nello svolgimento della sua attività lavorativa e di tutte le normali manifestazioni della vita privata, sociale e ricreativa, ivi compreso:

- uso in qualità di passeggero e guida di veicoli a motore e imbarcazioni da diporto, purché l'Assicurato sia in possesso di abilitazione a norma delle disposizioni in vigore;
- aggressioni, tumulti popolari ed atti violenti ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana; malessere, malore o stato di incoscienza purché non determinati da abuso di alcolici e di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti e allucinogeni;
- partecipazioni a corse e gare competitive e relative prove ed allenamenti di: regolarità pura, podistiche, bocce, attività subacquee senza uso di auto respiratore, golf, tiro, scherma, tennis; partecipazione a corse e gare e relative prove ed allenamenti aventi carattere ricreativo riguardanti gli sport compresi in garanzia;
- pratica dell'alpinismo con scalata di roccia e di ghiacciai fino al terzo grado purché non effettuati isolatamente.

Sono inoltre assicurati: le conseguenze di imperizia, imprudenza e negligenza gravi, gli avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o da ingestione involontaria di altre sostanze che non siano alcolici, psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni, l'asfissia causata da fughe di gas o vapori, colpi di sole e di calore, le influenze termiche ed atmosferiche, l'annegamento, le infezioni e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o punture di insetti con esclusione della malaria e del carbonchio.

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore a € 1.000.000,00 qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile. Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici

## **Art. 11 – ESCLUSIONI**

Sono esclusi:

- a) gli eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- b) le 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.);
- c) i delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) la pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- e) la partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

- f) la partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- g) l'abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) l'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- i) lo stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- l) l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- m) le operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

### **Art. 12 - MORTE**

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purchè la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro 730 giorni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

### **Art. 13 - INVALIDITÀ PERMANENTE**

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio.

### **Art. 14 - DENUNCIA DEL SINISTRO**

La denuncia dell'infortunio con le indicazioni delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla sede della Società - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano - entro 3 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine ritenuta necessaria sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

### **Art. 15 - MORTE PRESUNTA**

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Commercial Union Italia S.p.A. liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 C.C.

Resta inteso che, se dopo che la Commercial Union Italia S.p.A. ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Commercial Union Italia S.p.A. avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

### **Art. 16 - ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI**

La Commercial Union Italia S.p.A., in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

### **Art. 17 – LIMITI TERRITORIALI DELLA COPERTURA**

La copertura assicurativa è valida per tutti i paesi del mondo. I capitali verranno comunque corrisposti in Euro.

### **Art. 18 - CONTROVERSIE SULLA NATURA DELLE LESIONI**

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Commercial Union Italia S.p.A. comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Commercial Union Italia S.p.A. convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

### **Art. 19 – PROCEDURE PER I RECLAMI**

Nel caso si applichi alla Polizza la legislazione italiana, eventuali reclami, riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto alla Società **Commercial Union Italia S.p.A. – Servizio Reclami, con sede in Milano – V.le Abruzzi 94 – n. di fax: 02 2775245 – indirizzo e-mail: cureclami@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 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 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.

**ART. 20 – FORO COMPETENTE**

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

**Art. 21 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non è diversamente regolato nella Polizza, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

## **SEZIONE 3**

# **UNIPLAN 2005 PROTEZIONE DEL PIANO DI RISPARMIO**

**POLIZZA COLLETTIVA STIPULATA  
DA PARTE DI COMMERCIAL UNION VITA S.p.A.  
A FAVORE DEL CONTRAENTE  
DELLA POLIZZA UNIT LINKED UNIPLAN 2005**



# ESTRATTO DELLE CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Le presenti condizioni sono un estratto delle condizioni generali e particolari della Assicurazione "Protezione del Piano di Risparmio", (Polizza Danni N. 5.118.520 e N. 523.2063), stipulata tra Commercial Union Vita S.p.A. con Commercial Union Italia S.p.A.. Pertanto, per gli aspetti di disciplina di seguito non contemplati, si rinvia al testo integrale della Polizza Collettiva, disponibile presso la Sede della Commercial Union Vita S.p.A..

**Nella lettura del seguente documento, si tenga presente che:**

- **per Contraente della Polizza "Protezione del Piano di Risparmio" si intende Commercial Union Vita S.p.A nei confronti di Commercial Union Italia S.p.A. che presta la copertura assicurativa; e che**
- **per Assicurato della copertura assicurativa si intende il Contraente del Contratto Uniplan 2005.**

## **Art. 1 – SOCIETÀ ASSICURATRICE**

Per Società Assicuratrice si intende la **Commercial Union Italia S.p.A.** (di seguito "**Società**"), con sede legale in V.le Abruzzi 94 – 20131 Milano.

## **Art. 2 – CONTRAENTE**

Per Contraente della Polizza "Protezione del Piano di Risparmio Uniplan 2005" si intende la Commercial Union Vita S.p.A. (di seguito "**Contraente**"), con sede legale in V.le Abruzzi 94 – 20131 Milano, che stipula la Polizza Collettiva con la Società per conto dei sottoscrittori del Contratto Uniplan 2005.

## **Art. 3 – ASSICURATO**

Per Assicurato si intende il Contraente del Contratto Uniplan 2005 – persona fisica – che:

1. abbia stipulato il contratto UniPlan 2005, in virtù del quale corrisponde un premio ricorrente mensile o annuale;
2. goda di buona salute, e cioè non sia affetto da Malattie o lesioni gravi che necessitano trattamento medico regolare e continuato;
3. qualora sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente, svolga la propria normale attività lavorativa da almeno 12 mesi e non sia stata assente, negli ultimi dodici mesi, dalla normale attività lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di malattia o infortunio;
4. sia di età non inferiore a 18 anni né superiore a 60 anni, fermo restando che l'età massima ai fini dell'efficacia della Copertura assicurativa è di 65 anni.

## **Art. 4 – DECORRENZA DELLA COPERTURA**

La Copertura decorre dalle ore 24:00 della data di decorrenza del Contratto Uniplan 2005, sempre che il relativo premio sia stato corrisposto.

## **Art. 5 – PREMIO**

Il Premio relativo alla Polizza "Protezione del Piano di Risparmio UniPlan 2005" è a carico del Contraente ed è compreso nei costi complessivi del Contratto Uniplan 2005, senza che ciò comporti alcun onere aggiuntivo a carico dei sottoscrittori di Uniplan 2005.

## Art. 6 – OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

In relazione al Contratto Uniplan 2005 (di seguito “**Contratto**”), la finalità della Polizza è quella di garantire, nei limiti previsti dalla Polizza stessa, la corresponsione di un importo mensile (di seguito “**Contribuzione Protetta**”) pari al pro-quota mensile della contribuzione ricorrente versata per il Contratto, al verificarsi di uno dei seguenti eventi:

- a) **Inabilità Temporanea Totale (garanzia attiva solo per i Lavoratori Autonomi e i Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)** da intendersi come la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia. Per ogni sinistro, il primo indennizzo, pari al rimborso di una Contribuzione Protetta, sarà liquidato trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni di Inabilità Temporanea Totale. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale. I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla data di decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza);
- b) **Disoccupazione (garanzia attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)**, da intendersi come lo stato dell'Assicurato, Lavoratore Dipendente di ente privato, qualora egli abbia cessato la sua normale attività lavorativa, sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia (o percepisca un'indennità derivante da trattamento di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria), e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro. Per ogni sinistro, il primo indennizzo, pari al rimborso di una Contribuzione Protetta, sarà liquidato trascorsi 30 giorni consecutivi di Disoccupazione dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni consecutivi di Disoccupazione. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. I sinistri verificatisi nei primi 90 giorni successivi alla data di decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza);
- c) **Ricovero Ospedaliero (garanzia attiva solo per i Non Lavoratori)**, da intendersi come la degenza ininterrotta, corrispondente al numero di pernottamenti in un istituto di cura, resa necessaria a seguito di infortunio o malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali. Per ogni sinistro, il primo indennizzo, pari al rimborso di una Contribuzione Protetta, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia Relativa pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla data di decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza).

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per Inabilità Temporanea Totale o Disoccupazione, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri se, dal termine del sinistro precedente, l'Assicurato non è tornato a svolgere la sua normale attività lavorativa per un periodo pari a:

- in caso di Inabilità Temporanea Totale: 30 giorni consecutivi, ovvero 180 giorni consecutivi se il nuovo sinistro è dovuto allo stesso infortunio o malattia del sinistro precedente;
- in caso di Disoccupazione: 180 giorni consecutivi.

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per Ricovero Ospedaliero, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri 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.

## Art. 7 – MASSIMALI ASSICURABILI

Per tutte le garanzie (Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero), l'indennizzo mensile massimo previsto per ogni Assicurato e per ogni mese di durata del sinistro è pari a Euro 250,00 - limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente. Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 12 indennizzi mensili per ogni sinistro ed a 24 indennizzi mensili nel corso dell'intera durata della Copertura.

## **Art. 8 – DURATA DELLA COPERTURA**

Il periodo di copertura ha durata pari ai primi cinque anni di durata del Contratto successivi alla data di decorrenza e cessa allo scadere del 5° anno di durata del Contratto stesso.

Resta inteso che nessun indennizzo sarà dovuto dalla Società per sinistri che si verificano oltre la scadenza del periodo di copertura e che, ove anche un sinistro si verifichi prima della scadenza del periodo di Copertura, nessun indennizzo sarà dovuto dalla Società qualora il relativo Periodo di Franchigia Assoluta o di Franchigia Relativa termini dopo la scadenza del periodo di Copertura.

Infine, qualora alla scadenza del periodo di Copertura perduri un sinistro, nulla sarà più dovuto dalla Società per il periodo successivo alla suddetta scadenza, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un indennizzo prima della scadenza e la data della scadenza stessa.

## **Art. 9 – CESSAZIONE DELLA COPERTURA**

Oltre a quanto indicato al precedente Art. 8, la Copertura cessa inoltre di avere effetto alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

- recesso del Contratto Uniplan 2005;
- riscatto totale del Contratto Uniplan 2005;
- sospensione del Contratto Uniplan 2005, salvo ripresa del pagamento dei premi, anche arretrati, entro un anno dalla data di interruzione dei pagamenti stessi;
- raggiungimento del 65esimo anno di età;
- decesso dell'assicurato del Contratto Uniplan 2005.

## **Art. 10 – ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE**

I rischi vengono garantiti sempre che non ricorrano le cause di esclusione e le limitazioni previste nelle condizioni particolari della polizza collettiva.

Le esclusioni sono:

### **A) Garanzia Inabilità Temporanea Totale:**

- le conseguenze di malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza della Copertura e già diagnosticati all'Assicurato;
- 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;
- utilizzo da parte dell'Assicurato, fuori dai confini d'Italia, di veicoli a due ruote motorizzati come guidatore o passeggero;
- 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;

- infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- infortuni 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.

#### **B) Garanzia Disoccupazione:**

- l'Assicurato, fatta eccezione per quanto previsto al successivo paragrafo “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 di decorrenza della Copertura 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.

#### **C) Garanzia Ricovero Ospedaliero:**

stesse esclusioni del precedente punto A) – Garanzia Inabilità Temporanea Totale.

## **Art. 11 – DENUNCIA DEL SINISTRO**

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono:

- 1) richiedere alla Società il modulo di denuncia del sinistro chiamando il numero verde telefonico **800 93 99 48**
- e
- 2) spedire con lettera raccomandata A.R., entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del sinistro, il modulo di denuncia compilato in ogni sua parte allegando tutta la documentazione indicata di seguito, a: **Commercial Union Italia S.p.A., presso F.I.C.L. – Ufficio Sinistri – Via San Gregorio, 34 – 20124 Milano.**

Il modulo di denuncia del sinistro, compilato in ogni sua parte, deve essere sempre accompagnato, distintamente per tipo di sinistro occorso, dalla seguente documentazione:

### INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:

- copia di un documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale; i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

### DISOCCUPAZIONE:

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale;
- copia della lettera di licenziamento;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione all'elenco anagrafico con lo stato di disoccupato, o alle liste di mobilità regionali, oppure dichiarazione del datore di lavoro attestante la sospensione dal lavoro con intervento della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione, di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

### 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;
- certificato medico di Ricovero in ospedale e copia della cartella clinica; i successivi certificati di Ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).

## **Art. 12 – CESSIONE DEI DIRITTI**

Nel caso in cui, nel corso della durata della Copertura, avvenga la cessione del Contratto ad un nuovo Contraente del Piano di Risparmio (persona fisica), il Contraente subentrante nel Contratto stesso potrà assumere la qualifica di Assicurato. La Copertura sarà efficace con riferimento al nuovo Assicurato a condizione che:

- alla data di perfezionamento della cessione del Contratto, il nuovo Assicurato presenti i requisiti di cui al precedente Art. 3 "Assicurato";
- sia trascorso un periodo di 120 giorni (Periodo di Carenza) dalla data di perfezionamento della cessione del Contratto.

## **Art. 13 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA**

L'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di ente pubblico 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 180 giorni consecutivi dal momento in cui egli è diventato Lavoratore Dipendente di ente privato.

L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di ente privato e, in pendenza della Copertura, diventi Lavoratore

Autonomo o Lavoratore Dipendente di ente pubblico, ha diritto all'indennizzo per Inabilità Temporanea Totale solo nel caso in cui l'Inabilità Temporanea Totale sia avvenuta dopo che sia trascorso un periodo di almeno 60 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato ha iniziato la propria normale attività lavorativa come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di ente pubblico.

L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente o Lavoratore Autonomo e, in pendenza della Copertura, diventi non lavoratore, 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 60 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato è divenuto non lavoratore.

#### **Art. 14 – LIMITI TERRITORIALI DELLA COPERTURA**

Le garanzie per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero sono valide per i sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia comunque certificata da un medico italiano.

La garanzia per Disoccupazione è valida in qualsiasi parte del mondo purché il contratto di lavoro sia regolato dalla legge Italiana.

#### **Art. 15 – CONTROVERSIE**

Per le controversie relative alla Polizza è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato. 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. 16 – PROCEDURE PER I RECLAMI**

Nel caso si applichi alla Polizza la legislazione italiana, eventuali reclami, riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto alla Società Commercial Union Italia S.p.A. – Servizio Reclami, con sede in Milano – V.le Abruzzi 94 – n. di fax: 02 2775245 – indirizzo e-mail: [cureclami@avivaitalia.it](mailto:cureclami@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 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 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.

#### **ART. 17 – FORO COMPETENTE**

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

#### **Art. 18 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non è diversamente regolato nella Polizza, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.



## **Agenzia di Assicurazione**



UniCredit Assicura S.r.l. – Sede Legale 20158 Milano – Bodio Center, Viale Bodio, 29 - Tel. 02.332214.1 – Fax 02.39314272  
Capitale Sociale Euro 100.000 versato – Codice fiscale e Partita IVA 12292500159 – R.E.A. di Milano n. 1544176  
Registro Imprese di Milano n. 317134/97  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UniCredito Italiano SpA