

Grazer Wechselseitige Versicherung AG

società capogruppo del Grawe Insurance Group

Grazer-Unit-Valif ***a premi ricorrenti***

(Codice tariffa FL-1M)

Il presente fascicolo contiene:

- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE – Numero Pagine 14**
Condizioni Generali di Assicurazione delle assicurazioni sulla vita legate a fondi (Assicurazioni Unit-Linked) LV97700
Condizioni Particolari di Assicurazione delle assicurazioni sulla vita legate a fondi (Assicurazioni Unit-Linked) secondo la tariffa GRAZER-UNIT-VALIF a premi ricorrenti LV87909
Condizioni Particolari per la clausola di rivalutazione secondo l'indice dei prezzi al consumo o un indice fisso delle assicurazioni sulla vita LV87090 (si applicano ai contratti che includono la clausola di rivalutazione monetaria)
Condizioni di Assicurazione per l'assicurazione infortuni della Grazer Wechselseitige Versicherung AG (AUVB 2001) (si applicano ai contratti che includono la garanzia complementare per l'esenzione dal pagamento dei premi in caso di sopravvenuta invalidità - UI-50P)
- **GLOSSARIO TERMINI TECNICI – Numero Pagine 7**
- **ELENCO FONDI ESTERNI (OICR) COLLEGABILI AL CONTRATTO:**
 - Value Investment Fonds Klassik – ISIN: AT0000990346
 - Apollo “Linea Prudente” – ISIN: AT0000708755
 - Apollo “Linea Bilanciata” – ISIN: AT0000A0DXL3
 - Apollo “Linea Dinamica” – ISIN: AT0000A0DXM1

Le schede dei singoli fondi con le informazioni chiave per gli investitori (KIIDs) sono allegate al KID.

Il presente fascicolo deve essere consegnato all'investitore-contraente prima della sottoscrizione della richiesta di assicurazione.



Condizioni generali d'assicurazione delle assicurazioni sulla vita legate a fondi (Assicurazioni Unit-Linked) concluse dalla Grazer Wechelseitige Versicherung AG in Italia in Libera Prestazione di Servizi - LV 97700/04 - Versione 12.2012

Definizione delle espressioni utilizzate

La preghiamo di leggere attentamente le seguenti definizioni delle espressioni utilizzate – esse sono necessarie per la comprensione delle Condizioni di assicurazione applicabili al Suo contratto.

BENEFICIARIO

E' la persona che è stata determinata per ricevere la prestazione dovuta dalla Compagnia.

RISERVA MATEMATICA

E' rappresentata dal controvalore delle quote di fondi di investimento complessivamente attribuite alla Sua assicurazione (deposito delle quote dei fondi) .

SOMMA CONTRATTUALE DEI PREMI

E' la somma complessiva dei premi concordata per il contratto dalla sua decorrenza fino alla scadenza finale.

VALORE DI RISCATTO

E' la prestazione della Compagnia se il contratto viene disdetto ("riscattato") anticipatamente rispetto al termine previsto per la sua scadenza finale. Il valore di riscatto corrisponde al valore corrente della riserva matematica ridotto di un importo determinato ai sensi delle Condizioni di assicurazione applicabili alla tariffa alla base del contratto.

TARIFFA / PIANO DI AFFARI

E' la precisa esposizione delle condizioni e delle formule attuariali sulla cui base si determinano la prestazione della Compagnia e la controprestazione del Contraente (premio di assicurazione).

COMPAGNIA (ASSICURATORE)

E' la società **Grazer Wechelseitige Versicherung AG**, con sede e direzione generale in Herrengasse 18-20, 8010 Graz (Austria).

ASSICURATO (PERSONA ASSICURATA)

E' la persona, la cui vita rappresenta l'oggetto della copertura assicurativa del contratto.

CONTRAENTE

E' il soggetto controparte della Compagnia e titolare dei diritti e delle obbligazioni scaturenti dal contratto; cioè è la persona fisica o società che conclude il contratto di assicurazione con la **Grazer Wechelseitige Versicherung AG**.

PREMIO

E' il corrispettivo che deve essere pagato dal Contraente.

§ 1. Prestazione della compagnia al verificarsi dell'evento assicurato e in caso di riscatto anticipato – Determinazione del controvalore della riserva matematica

(1) L'assicurazione sulla vita legata a fondi (Unit-Linked) Le offre prestazioni assicurative in caso morte e sopravvivenza. Si chiama Unit-Linked perché l'investimento avviene acquistando quote di uno o più fondi, le quali costituiscono la riserva matematica del Suo contratto. Il valore delle prestazioni è direttamente collegato all'andamento delle quotazioni dei fondi collegati al contratto. A meno che per singole specifiche tariffe non sussistano determinate garanzie, il cui contenuto è regolato nelle relative condizioni speciali di assicurazione, il rischio di investimento rimane completamente a carico del Contraente e/o Beneficiario delle prestazioni.

(2) In caso di premorienza della persona assicurata la nostra prestazione è pari al valore della riserva matematica del contratto calcolato secondo i commi 5) e 7) aumentato:

- per i contratti a premi ricorrenti del 5% della somma complessiva dei premi del piano;
- per i contratti a premio unico del 10% del premio unico stesso.

(3) La prestazione per il caso di sopravvivenza è pari al controvalore della riserva matematica determinato secondo i commi (5) e (6).

(4) La prestazione, anche per il caso di riscatto, viene liquidata in denaro mediante bonifico bancario sul conto bancario indicato dal beneficiario.

(5) Il controvalore della riserva matematica del contratto si determina moltiplicando il numero delle quote di ciascun fondo per la loro quotazione alla data di transazione rilevante per la prestazione ai sensi dei successivi commi 6) e 7).

(6) La data di transazione per il calcolo del controvalore della riserva matematica in caso di sopravvivenza (cioè alla scadenza del contratto) o di riscatto è l'ultimo giorno per il quale ha luogo la valutazione ufficiale del fondo nel mese precedente alla data in cui la prestazione diviene esigibile.

(7) La data di transazione per il calcolo del controvalore della riserva matematica in caso di morte è l'ultimo giorno per il quale ha luogo la valutazione ufficiale del fondo nel mese in cui alla Compagnia perviene la notifica dell'avvenuto decesso.

(8) I contratti di assicurazione legati a fondi regolati dalle presenti tariffe non prevedono una partecipazione agli utili nella forma di interessenza agli utili della gestione tecnica della Compagnia.

§ 2. Obblighi di segnalazione del Contraente al momento della presentazione della richiesta e durante la vigenza del contratto

(1) Quale Contraente Lei presenta una proposta scritta per la stipula di un contratto di assicurazione sulla vita. Noi assumiamo la copertura assicurativa sotto il presupposto che Lei abbia compilato in maniera completa e veritiera il questionario previsto dalla Sua richiesta di assicurazione.

Lei ha pertanto l'obbligo di compilare la proposta e di rispondere alle domande in essa previste con precisione e completezza e in maniera corrispondente alla verità, così come di fornirci ogni altra indicazione rilevante in merito al rischio sottopostoci, anche se non esplicitamente menzionata nel nostro questionario. Se viene assicurata la vita di un'altra persona, anche questa è responsabile per fornire indicazioni veritiere e complete circa il rischio da assumere.

(2) Nel caso di indicazioni inesatte o incomplete abbiamo la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal momento in cui siamo venuti a conoscenza dell'inesattezza o incompletezza delle indicazioni, se il Contraente o ogni altro soggetto in proposito obbligato ha agito senza dolo o colpa grave.

Se il Contraente o ogni altro soggetto tenuto agli obblighi di informativa precontrattuale ha fornito con dolo o colpa grave indicazioni inesatte relative a circostanze rilevanti per la valutazione del rischio, in particolare per l'accettazione della richiesta di assicurazione e la determinazione del premio, abbiamo facoltà di dichiarare nullo il contratto entro tre mesi dal momento in cui siamo venuti a conoscenza dell'inesattezza o incompletezza delle indicazioni.

Se dichiariamo nullo il contratto o recediamo da esso liquideremo il valore di riscatto secondo la tariffa.

Dichiarazioni inesatte o incomplete hanno per conseguenza, secondo le norme di legge, la perdita della copertura assicurativa con la conseguenza che in caso di sinistro verrà liquidato solo il valore di riscatto.

(3) Se viene effettuata una visita medica, il risultato della visita medica (certificato medico) costituisce parte integrante della richiesta. Anche il certificato medico deve essere firmato dal Richiedente; in tale caso il Richiedente osserva l'obbligo di segnalazione precontrattuale tramite la consegna del modulo di richiesta insieme al certificato medico con tutti i suoi allegati, laddove devono essere comunque fornite direttamente dal Contraente/Assicurato anche le risposte al questionario riportato sul modulo di richiesta. La richiesta s'intende presentata ad ogni effetto solo dopo che tutta la documentazione necessaria in ragione del capitale assicurato richiesto, come specificato nel Prospetto d'Offerta, sia pervenuta alla Compagnia.

(4) Assumiamo la decisione circa l'accettazione della Sua richiesta di assicurazione e determiniamo il premio in base alle Sue condizioni di salute al momento della conclusione del contratto. Lei si dichiara esplicitamente d'accordo, che dopo la conclusione del contratto si considerano aggravamento del rischio:

- la modifica della professione esercitata, se la nuova professione La espone a un rischio superiore rispetto a quella esercitata al momento della conclusione del contratto;
- l'inizio dello svolgimento di altre attività, anche del tempo libero, idonee ad esporLa ad un rilevante rischio sanitario o di infortunio;
- l'abuso di nicotina, alcol, medicinali o di qualsiasi altra sostanza idonea a dare dipendenza.

(5) Un aggravamento del rischio ai sensi del precedente comma deve esserci notificato tempestivamente. L'aggravamento del rischio ci consente di disdettare il contratto o di procedere a un ricalcolo del premio in conformità al § 23 di queste Condizioni e in caso di sinistro può avere per conseguenza la nostra liberazione dall'obbligo di prestazione.

§ 3. Versamento dei premi

(1) Lei ha l'obbligo di farci pervenire i premi concordati (premio unico o rate di premio ricorrente) tempestivamente e senza costi a nostro carico.

(2) Il pagamento dei premi può avvenire con efficacia nei confronti della Compagnia esclusivamente:

- mediante accredito, mediante bonifico bancario, a favore del conto premi della Compagnia in Italia, le cui coordinate sono indicate nel Prospetto d'Offerta e sulla Proposta di assicurazione.
- solo per i premi successivi dei contratti a premi ricorrenti, in alternativa, con addebito diretto dal conto corrente del Contraente, mediante ordine di addebito conferito secondo le modalità precisate nel Fascicolo Informativo.

In questo modo viene garantita la piena e completa tracciabilità prevista dalle norme fiscali e valutarie italiane di ogni flusso di pagamento di premi nei nostri confronti.

Qualsiasi pagamento che non avvenga secondo le modalità sopra precisate non ha alcuna efficacia nei confronti della Compagnia, la quale non risponde per l'eventuale comportamento non conforme dell'intermediario (che non ha alcuna delega all'incasso) o di altri soggetti che intervengano per conto del Contraente nell'operazione di pagamento.

(3) I premi ricorrenti possono essere pagati a Sua scelta in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili senza applicazione di interessi di frazionamento. La riserva matematica del contratto si incrementa delle quote dei fondi via via acquistate con ciascuna rata di premio versata.

(4) Il premio di perfezionamento (prima rata di premio o premio unico) devono essere accreditati in anticipo alla Compagnia, mediante bonifico bancario, contestualmente alla presentazione della richiesta di assicurazione. Il perfezionamento del contratto con l'emissione della polizza può avvenire solo dopo che il premio di perfezionamento sia già pervenuto alla Compagnia. Laddove la Compagnia rifiuti la stipula del contratto essa è tenuta a restituire al Preponente il premio anticipato, mediante bonifico alle coordinate bancarie che questo avrà comunicato dopo aver ricevuto la comunicazione di rifiuto della stipula del contratto. Per il premio anticipato non è dovuto alcun interesse, anche se la proposta viene rifiutata.

(5) Le rate di premio successive devono essere pagate entro un mese, o entro due settimane in caso di rate mensili, dalla data di scadenza di ciascuna rata.

(6) Se Lei non paga tempestivamente un premio successivo, procederemo al suo sollecito per iscritto. Dal giorno di scadenza del termine di cui al precedente comma 5) siamo sollevati dall'obbligo di prestazione, a meno che il ritardato accredito del premio non sia dipeso da cause estranee alla Sua volontà.

Il Contraente è obbligato a rimborsare alla Compagnia tutti i costi che questa sostenga per le pratiche di sollecito stragiudiziali e giudiziali dei premi che non siano stati tempestivamente versati.

(7) Le singole coperture di una assicurazione avente ad oggetto più rischi rappresentano contratti legalmente indipendenti l'uno dall'altro. Nel caso di mora nel pagamento l'importo dovuto e non versato viene quindi ripartito tra i vari contratti secondo la proporzione del premio concordato per le singole coperture.

(8) Nel caso di mancato pagamento, o di pagamento incompleto del premio alla data di scadenza, verranno applicati interessi di mora sulle somme in sospeso a partire dal giorno di scadenza fino all'adempimento completo dell'obbligo di pagamento, applicando un tasso pari al rendimento attribuito in quel momento dalla compagnia ai contratti di tipo tradizionale (tasso tecnico garantito + aliquota della partecipazione agli utili di interesse) maggiorato di 2 (due) punti percentuali, indipendentemente dalle altre conseguenze risultanti dal mancato pagamento.

(9) Nel caso di morosità del Contraente i pagamenti che pervengono alla Compagnia vengono imputati prioritariamente agli interessi e spese maturati - indipendentemente dal fatto che gli interessi e le spese riguardino scadenze di premi più remoti o più recenti - e in seguito ai vari crediti per i premi già scaduti partendo dai più remoti.

(10) Il Contraente ha la facoltà, con efficacia dalla ricorrenza annuale della data di decorrenza del contratto (scadenza principale) di richiedere una variazione del premio annuale ricorrente. Una variazione in diminuzione del premio è tuttavia possibile solo se richiesta in anticipo rispetto alla scadenza annuale principale del contratto, rispettando un termine di preavviso di tre mesi. Per le richieste di aumento di premio di contratti che prevedono una copertura per il caso di morte è necessario rispondere nuovamente a tutte le domande previste dal relativo modulo di sottoscrizione con riferimento alla situazione sanitaria e professionale al momento della presentazione della richiesta di aumento, e per esse trovano applicazione anche tutti gli obblighi di segnalazione previsti dal § 2. L'estensione delle prestazioni del contratto conseguente all'aumento del premio diviene efficace solo dopo che la Compagnia abbia esplicitamente accettato l'aumento del premio, emettendo la relativa appendice di polizza.

(11) Il Contraente può inoltre richiedere per i contratti a premio ricorrente di modificare, con efficacia da ciascuna ricorrenza annuale della data di decorrenza del contratto (scadenza principale), il frazionamento della rateazione del premio, la quale ha per conseguenza la variazione della frequenza di acquisto delle quote dei fondi.

§ 4. Mancato pagamento di un premio successivo: risoluzione e riduzione

(1) Il mancato pagamento anche di una sola rata successiva di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del contratto ed i premi pagati restano acquisiti alla Compagnia, salvo che il contratto abbia maturato, ai sensi delle Condizioni particolari di assicurazione applicabili alla tariffa oggetto del contratto, il diritto di rimanere in vigore per un capitale ridotto.

(2) A giustificazione del mancato pagamento del premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli abbia inviato gli avvisi di scadenza o provveduto all'incasso a domicilio.

§ 5. Estensione della copertura assicurativa

(1) La copertura assicurativa sussiste in linea di principio indipendentemente dalla causa del sinistro.

(2) In caso di suicidio della Persona Assicurata entro i primi tre anni successivi alla conclusione del contratto, alla sua riattivazione o ad una sua modifica che ampli l'obbligo di prestazione della compagnia, la prestazione della Compagnia si limita all'ammontare della riserva matematica del contratto secondo la relativa tariffa.

In caso di suicidio della Persona Assicurata una volta trascorsi tre anni dalla conclusione, riattivazione o modifica del contratto sussiste invece piena copertura assicurativa.

(3) In caso di morte in seguito alla partecipazione ad azioni belliche o a sommosse, tumulti o disordini dalla parte dei rivoltosi, la nostra prestazione è limitata all'ammontare della riserva matematica del contratto secondo la relativa tariffa.

(4) Se l'Italia viene coinvolta in azioni belliche o è vittima di una catastrofe nucleare, biologica o chimica, o di una catastrofe generata da un'azione terroristica, liquidiamo per i sinistri generati da tali eventi solo il controvalore della riserva matematica del contratto.

(5) In mancanza di differenti specifici accordi liquidiamo solo la riserva matematica secondo la relativa tariffa, se la morte avviene

- a) svolgendo attività in qualità di pilota speciale (per es. pilota di deltaplano, pilota di mongolfiera, pilota di parapendio, paracadutista), pilota di elicottero o pilota militare.
- b) praticando sport pericolosi (per es. alpinismo estremo, immersioni subacquee profonde).
- c) in seguito alla partecipazione a gare o a corse ad esse preparatorie con un veicolo terrestre, un aeromobile o un natante.
- d) a seguito di un'epidemia. Si considera epidemia la diffusione di massa di una patologia tra la popolazione. Quale epidemia si considera in ogni caso una patologia contro la quale le autorità pubbliche abbiamo predisposto i provvedimenti previsti al proposito da leggi e regolamenti. Si considera epidemia in ogni caso anche la diffusione di una patologia che sia stata classificata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) quale pandemia.
- e) a seguito di un'infezione HIV. Questa limitazione non trova applicazione se l'infezione HIV è stata causata da un trattamento medico.

§ 6. Decorrenza della copertura assicurativa

Il contratto d'assicurazione s'intende concluso solo nel momento in cui la Compagnia conferma per iscritto l'accettazione della richiesta d'assicurazione o emette la relativa polizza. Ciò premesso, la copertura assicurativa inizia alla data indicata nella polizza, se il Contraente dell'assicurazione paga tempestivamente, secondo i casi, la prima rata di premio o il premio unico. Se la

prima rata di premio o il premio unico non viene pagato nei termini prescritti, la copertura assicurativa inizia solo al momento del successivo ritardato pagamento del premio.

§ 7. Investimento nel/i fondo/i

(1) In una assicurazione legata a fondi, la riserva matematica del contratto viene investita in quote di uno o più fondi di investimento. Il valore della riserva matematica, e di conseguenza delle prestazioni del contratto, è direttamente legato alle quotazioni dei fondi in cui la riserva matematica è investita.

Rialzi delle quotazioni comportano aumenti del valore della riserva matematica e delle prestazioni assicurative ad essa collegate, mentre le flessioni delle quotazioni ne riducono il valore.

(2) Con i premi da Lei versati, dopo aver trattenuto le eventuali imposte di legge e i costi precisati al successivo § 8, acquistiamo quote dei fondi di investimento da Lei prescelti alimentando la riserva matematica del contratto.

(3) Il premio iniziale o premio unico viene convertito in quote dei fondi considerando la loro quotazione del primo giorno per il quale ha luogo la valutazione ufficiale del fondo nel mese successivo alla data di conferma di stipula del contratto (che avviene con l'emissione della polizza).

I premi successivi di una assicurazione a premi ricorrenti vengono convertiti in quote dei fondi considerando la loro quotazione del primo giorno per il quale ha luogo la valutazione ufficiale del fondo nel mese di scadenza di ciascuna rata di premio.

(4) Gli eventuali utili distribuiti dai fondi così come i crediti di imposta derivanti dai fondi vengono anch'essi utilizzati per acquistare ulteriori quote dei fondi da accreditare al Suo contratto, secondo il mix da Lei prescelto.

- (5) Nel corso della durata del contratto è possibile richiedere:
- una variazione del fondo o della combinazione dei fondi da acquistare con i successivi premi ricorrenti (operazione di SWITCH);
 - la vendita delle quote di un fondo già attribuite al contratto, acquistando contestualmente con il loro controvalore quote di un altro fondo (operazione di SHIFT).

Queste operazioni devono essere richieste con almeno 60 giorni di anticipo rispetto alla data contrattuale della loro efficacia (primo di un mese di calendario), e possono avvenire anche contestualmente.

Le operazioni di SWITCH e SHIFT possono essere eseguite solo se le transazioni sulle quote di fondi da esse generate rientrano nei limiti previsti dalla Tariffa, i quali sono indicati nel Prospetto d'Offerta che Lei ha ricevuto al momento della presentazione della richiesta di assicurazione.

(6) Se uno dei fondi d'investimento da Lei selezionati viene liquidato, incorporato in un altro fondo o ne viene cessata l'emissione di nuove quote è necessario determinare nuovamente i fondi a cui è collegato il Suo contratto.

Abbiamo inoltre la facoltà, per qualsiasi altra motivata ragione, di escludere di nostra iniziativa uno o più fondi da quelli collegabili al Suo contratto.

In questi casi La inviteremo a effettuare entro un mese una nuova scelta circa i fondi da collegare alla Sua assicurazione.

In particolare:

- se il precedente fondo rimane attivo, pur non rilasciando nuove quote, dovrà indicarci a quale altro fondo destinare i successivi premi ricorrenti;
- se il precedente fondo viene liquidato od escluso dal gruppo dei fondi collegabili al contratto dovrà comunicarci in quale

fondo convertire le quote fino ad ora acquisite e a quale fondo destinare i successivi premi ricorrenti;

- se il fondo viene incorporato in un altro fondo, il quale sia collegabile al contratto, dovrà comunicarci se intende mantenere quanto finora accumulato in tale fondo ed acquistare con i successivi premi ulteriori quote del fondo incorporante, o convertire le quote in un altro fondo a cui destinare anche i successivi premi.

(7) Mancando una Sua decisione entro il termine di cui sopra, provvederemo a destinare, a seconda dei casi, le quote da convertire e/o i successivi premi proporzionalmente sui restanti fondi da Lei in precedenza selezionati per il contratto. Se Lei aveva scelto un unico fondo il passaggio avverrà a favore del fondo con il più basso profilo di rischio tra quelli collegabili al contratto.

§ 8. Costi e diritti

(1) Il premio viene destinato, dopo aver trattenuto i costi in esso contenuti e le eventuali imposte di legge, all'acquisto di quote dei fondi prescelti per il contratto alimentando la relativa riserva.

Oltre ad una eventuale imposta che sia prevista dalla legge, tratteniamo dai Suoi premi i costi di sottoscrizione (vedasi successivo comma 2), le spese di incasso (vedasi successivo comma 3), i caricamenti amministrativi (vedasi successivo comma 4) e i costi per la copertura del rischio di premorienza (vedasi successivo comma 5) in conformità alla tariffa concordata.

Le quote dei fondi vengono acquistate secondo la loro attuale quotazione netta, senza addebitare alcuna commissione per sottoscrizione od emissione delle quote.

(2) I costi di sottoscrizione vengono addebitati, a seconda delle tariffe, in misura completa al momento della conclusione del contratto, integralmente nei primi anni di durata del contratto od anno per anno nel corso dell'intera durata del contratto.

L'addebito anticipato dei costi di sottoscrizione all'inizio del contratto fa sì che nel/i primo/i anni di durata del contratto venga investita nelle quote del/i fondo/i solo una parte dei premi con la conseguenza che nella fase iniziale del contratto il valore di riscatto può avere un valore inferiore a quanto versato anche se la quotazione del/i fondo/i ha avuto una performance positiva.

(3) Le spese di incasso vengono trattenute, solo per i contratti con pagamento ricorrente dei premi, dalle rate di premio via via in scadenza.

(4) I caricamenti per spese amministrative possono essere fissati come permille del capitale contrattuale, come percentuale del premio versato, come importo monetario in valore assoluto, o secondo una combinazione di queste differenti basi di calcolo, e vengono addebitati, a seconda delle tariffe al momento del pagamento delle singole rate di premio o mensilmente dal deposito delle quote dei fondi.

(5) I costi per la copertura del caso di premorienza si determinano in dipendenza dell'età della persona assicurata, secondo il capitale previsto per il caso di morte dalla tariffa e la durata del contratto. L'età rilevante per il calcolo è data dalla differenza fra l'anno di decorrenza dell'assicurazione e l'anno di nascita. I costi di tale copertura si determinano correntemente dalla differenza tra il capitale assicurato per il caso morte e l'importo disponibile quale riserva matematica per il contratto (controvalore del deposito delle quote dei fondi) moltiplicata con la probabilità di decesso calcolata secondo la tavola di mortalità considerata dalla tariffa.

In caso di assunzione di rischi aggravati, in particolare in ragione di patologie dell'Assicurato o dello sport o professione da questo praticati, possono essere concordati supplementi o addizionali di premio oppure stipulate condizioni particolari.

(6) All'interno del Prospetto d'Offerta può trovare il livello preciso delle differenti componenti di costo che gravano sul Suo contratto.

(7) L'addebito mensile delle spese amministrative e per la copertura del caso di premorienza dal deposito delle quote dei fondi può avere per conseguenza, per i contratti a premio unico ed esentati dal pagamento dei premi, che, in caso di forti cali delle quotazioni del/i fondo/i, la riserva matematica del contratto si esaurisca completamente (annulli) prima della fine della durata del contratto. In un tale caso il contratto cessa senza che sia dovuta alcuna prestazione.

(8) Per i costi aggiuntivi causati da specifiche richieste del Contraente addebitiamo dei diritti, il cui importo viene fissato annualmente dalla Compagnia. Nel Prospetto d'Offerta viene riportato l'ammontare dei diritti vigente al momento della stipula del contratto per le operazioni più ricorrenti.

§ 9. Adempimento della prestazione della Compagnia

(1) Per la liquidazione delle prestazioni risultanti dal contratto è necessario restituirci l'originale della polizza. In caso di smarrimento di una polizza avente beneficiari determinati è obbligo del Contraente o del/i Beneficiari/o del Contratto produrre una dichiarazione giurata dello smarrimento della polizza.

Nel caso di smarrimento di una polizza emessa al portatore per la liquidazione della prestazione è necessario che si sia conclusa la procedura giudiziaria di ammortamento del titolo.

(2) Per le prestazioni per il caso di morte devono essere inoltre presentati a spese dei Beneficiari il certificato di morte e la documentazione che attesti le cause del decesso. Abbiamo inoltre la facoltà di richiedere ulteriori attestati medici o ufficiali.

(3) Per le prestazioni per il caso di sopravvivenza deve esserci presentata una opportuna attestazione dell'esistenza in vita della Persona assicurata, nella forma della copia di un suo documento di identità in corso di validità o di una autocertificazione.

(4) In entrambi i casi è obbligo dei Beneficiari fornire la documentazione ufficiale necessaria alla determinazione ed identificazione delle singole persone legittimate a ricevere la prestazione e della quota spettante a ciascuna di esse.

(5) L'elenco dettagliato dei documenti necessari per la liquidazione di ciascun tipo di prestazione è riportato nel Prospetto d'Offerta di ogni singola tariffa che il Contraente ha ricevuto al momento di presentazione della richiesta di assicurazione.

(6) La prestazione assicurativa diviene esigibile dopo la realizzazione dell'evento assicurato (sopravvivenza o morte) e non prima che noi si abbia concluso la istruttoria relativa al sinistro e alla determinazione dell'ammontare della prestazione. Una volta divenuta esigibile, la prestazione viene bonificata entro 30 giorni al Beneficiario il quale sopporta i costi del bonifico.

(7) Il pagamento di ogni prestazione derivante dal presente contratto può avvenire solo ed esclusivamente mediante bonifico bancario della Compagnia a favore di un conto corrente acceso presso un istituto di credito italiano, le cui coordinate siano state rese note - al momento della stipula del contratto o successivamente - dal Contraente o dal diverso soggetto beneficiario della prestazione che matura.

In questo modo viene garantita la piena e completa tracciabilità prevista dalle norme fiscali e valutarie italiane di ogni flusso di pagamento della Compagnia nei confronti del Contraente o del diverso beneficiario.

(8) Al momento della liquidazione di una prestazione - tanto per il caso di morte che per il caso di vita - la Compagnia trattiene dalla stessa l'imposta di bollo italiana, prevista dall'Art. 13 comma 2-ter della Tariffa allegata al DPR 642/1972 maturata per la polizza a partire dalla sua decorrenza.

Le prestazioni per il caso vita vengono liquidate dopo aver trattenuto l'imposta sostitutiva di cui all'art. 26-ter comma 3) del DPR 600/73 da calcolarsi sulla differenza tra l'ammontare complessivo spettante al beneficiario (capitale assicurato + partecipazione agli utili) e la somma dei premi versati.

(9) Il luogo di adempimento della prestazione è la Direzione generale della Compagnia a Graz. Le spese di bonifico a favore del Beneficiario sono a carico di quest'ultimo.

§ 10. Disdetta dell'assicurazione - Riscatto

(1) Una volta trascorsa integralmente la prima annualità del contratto Lei ha la possibilità di dare per iscritto disdetta dal contratto.

La richiesta di disdetta deve esserci trasmessa per le vie postali, firmata in originale, allegando l'originale della polizza di assicurazione e copia di un documento di identità del Contraente.

- se la richiesta di disdetta ci è pervenuta entro il giorno 10 di un mese di calendario, il riscatto diviene efficace alla fine del mese stesso;
- se ci è pervenuta dopo il giorno 10 di un mese di calendario, il riscatto diviene efficace alla fine del successivo mese di calendario, o dell'annualità assicurativa in corso se questa data è precedente.

Ai fini della determinazione dei termini di cui sopra, la richiesta si intende pervenuta solo al suo arrivo alla Direzione competente della Compagnia e se completa di tutti i dati e documenti previsti. Laddove la richiesta sia pervenuta incompleta, per la determinazione della data di efficacia del riscatto si considera quale data di arrivo, quella in cui ci sia pervenuta l'ultima documentazione mancante.

(2) Se, per le assicurazioni a premio ricorrente, al momento di efficacia della disdetta il contratto non ha ancora maturato il diritto al capitale ridotto ai sensi delle Condizioni particolari di assicurazione applicabili alla tariffa oggetto del contratto, la disdetta comporta la risoluzione del contratto ed i premi fino ad allora versati restano acquisiti alla Compagnia.

(3) Se il contratto ha invece maturato il diritto al capitale ridotto, Le liquideremo il valore di riscatto dopo aver dedotto i diritti di storno anticipato determinati secondo le Condizioni particolari di assicurazione applicabili alla tariffa oggetto del contratto, in ragione della durata effettiva del contratto fino al momento di efficacia della disdetta.

(4) Il valore di riscatto lordo (valore di riscatto prima della detrazione dell'eventuale diritto dovuto per lo storno anticipato del contratto) corrisponde al valore corrente della riserva matematica del contratto, e si determina dal controvalore del deposito delle quote dei fondi calcolato considerando la loro quotazione dell'ultimo giorno per il quale ha luogo la valutazione ufficiale del fondo nel mese alla cui fine il riscatto diviene efficace e defalcato di una trattenuta indicata nelle Condizioni Particolari di Assicurazione applicabili alla tariffa e nel relativo prospetto d'offerta. Laddove alla data di efficacia del riscatto il contratto risulti in mora con il pagamento del premio, dal valore di riscatto lordo viene detratto l'importo dei premi già scaduti e non ancora versati.

(5) Dal valore di riscatto lordo tratteniamo l'imposta di bollo italiana, prevista dall'Art. 13 comma 2-ter della Tariffa allegata al DPR 642/72 maturata per la polizza a partire dalla sua decorrenza.

Se il valore di riscatto netto risulta superiore ai premi versati, liquideremo la prestazione dopo aver trattenuto l'imposta sostitutiva di cui all'art. 26-ter comma 3) del DPR 600/73 da calcolarsi sulla differenza tra il valore di riscatto netto e la somma dei premi versati.

(6) La liquidazione del valore di riscatto avviene entro 15 giorni dalla data di efficacia del riscatto, secondo le regole del precedente § 9 comma 7).

(7) Il luogo di adempimento della prestazione del valore di riscatto è la Direzione generale della Compagnia a Graz. Le spese di bonifico a favore del Beneficiario sono a carico di quest'ultimo.

(8) Non è invece possibile richiedere all'Assicuratore prestiti rimborsabili garantiti dal contratto.

§ 11. Esenzione dal pagamento dei premi – Riduzione del contratto

(1) Laddove un contratto a premi ricorrenti abbia già maturato il diritto al capitale ridotto ai sensi delle Condizioni particolari di assicurazione applicabili alla relativa tariffa, Lei ha la possibilità di richiedere per iscritto l'esenzione del contratto dal pagamento delle successive rate di premio:

- in ogni momento con efficacia alla fine dell'annualità assicurativa in corso, nel qual caso non si applica alcun termine di preavviso;
- nel corso dell'annualità assicurativa, con efficacia alla fine del periodo a cui si riferisce l'ultima rata di premio già versata o per la quale sia già stato disposto l'addebito diretto in conto (RID), e comunque non prima del mese successivo a quello in cui la richiesta sia pervenuta alla nostra Direzione competente.

(2) Nell'effettuare la riduzione del contratto addebitiamo dalla riserva matematica un diritto di riduzione che si determina, secondo le Condizioni particolari di assicurazione applicabili alla tariffa oggetto del contratto, in ragione della durata del contratto fino al momento di efficacia della esenzione dai premi.

(3) Il controvalore netto del deposito delle quote dei fondi al momento della riduzione non può essere inferiore ad EUR 1.000,-. Laddove il contratto abbia già maturato il diritto alla riduzione, ma il controvalore del deposito sia ancora inferiore a tale valore minimo, esso potrà essere solo riscattato ma non esentato dal pagamento dei premi.

(4) Se la posizione di un singolo fondo al momento della riduzione ha un controvalore inferiore ad EUR 100,- abbiamo inoltre la facoltà di convertire le Sue quote in quote degli altri fondi presenti nel contratto secondo la proporzione da Lei originariamente prescelta per questi.

(5) E' possibile esentare il contratto anche solo parzialmente dal pagamento del premio, riducendo l'importo dei successivi premi annuali (vedasi anche § 3 comma 10).

§ 12. Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione

(1) Lei ha la possibilità di riattivare un contratto che sia stato esentato dal pagamento dei premi (ridotto) ai sensi del § 4 (mancato pagamento di un premio successivo) o ai sensi del precedente § 11, riprendendo il pagamento dei premi successivi.

(2) La riattivazione è sempre possibile se questa avviene entro 6 mesi dal momento di efficacia della riduzione del contratto (data di scadenza della prima rata di premio non versata), anche se il contratto era andato in decadenza perchè non aveva ancora maturato il diritto al capitale ridotto. Per la riattivazione entro i 6 mesi è sempre necessario pagare tutti i premi nel frattempo scaduti, a cui si aggiungono gli interessi e le spese di riattivazione calcolati in conformità al successivo comma 6).

(3) Se la richiesta di riattivazione viene presentata oltre sei mesi dal momento di efficacia della riduzione del contratto, Lei può scegliere fra le due seguenti opzioni:

i) Riattivazione con versamento di tutti i premi relativi al periodo di tempo trascorso dal momento dell'esenzione. In questo caso il contratto si riattiva con l'ammontare originario della somma contrattuale dei premi e non è gravato da alcun ulteriore costo.

ii) Riattivazione con ripresa del pagamento dei premi solo da un momento successivo a quello di precedente esenzione. In questo caso la somma contrattuale dei premi viene ricalcolata considerando il periodo dalla riattivazione del contratto come un nuovo contratto gravato da pieni costi di sottoscrizione.

La Compagnia può comunque rifiutare, a suo insindacabile giudizio, le richieste di riattivazione presentate oltre sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non versata.

(4) Per tutte le richieste di riattivazione di contratti che prevedono una copertura per il caso di morte è necessario rispondere nuovamente a tutte le domande previste dal relativo modulo di sottoscrizione con riferimento alla situazione sanitaria e professionale al momento della presentazione della richiesta di riattivazione. Anche per la riattivazione trovano applicazione tutti gli obblighi di segnalazione previsti dal § 2.

(5) Contestualmente alla richiesta di riattivazione il Contraente deve pagare in via anticipata, mediante bonifico bancario, tutti i premi relativi al passato da coprire ai sensi dei precedenti commi 2) e 3) e la prima nuova rata di premio che maturerà a seguito della riattivazione.

La riattivazione diviene efficace solo dopo che la Compagnia ne abbia dato conferma per iscritto con una comunicazione specifica o emettendo una appendice di polizza con l'indicazione dei nuovi valori.

(6) In caso di riattivazione addebitiamo un diritto fisso di EUR 25,- più gli eventuali interessi di riattivazione per le rate di premio versate in ritardo rispetto alla loro scadenza originale, i quali vengono calcolati dal giorno di scadenza di ciascuna rata di premio al giorno in cui ci sia pervenuto il suo pagamento con un tasso di interesse pari alla somma del rendimento attribuito in quel momento dalla compagnia ai contratti di tipo tradizionale (tasso tecnico garantito + aliquota della partecipazione agli utili di interesse) maggiorato di 2 (due) punti percentuali.

(7) Per i contratti andati in decadenza che vengano riattivati nel termine di 6 mesi, se le quote dei fondi precedentemente acquistate dal contratto sono già state stornate prima della riattivazione, verrà assegnato al contratto un numero di quote ottenuto dividendo il controvalore della riserva matematica al momento di efficacia dello storno, secondo la proporzione indicata dal Contraente per l'acquisto dei fondi, per la quotazione di ciascun fondo del giorno di transazione del mese in cui viene effettuata la riattivazione del contratto.

§ 13. Vincolo, Cessione a Pegno

(1) Salvo accordi diversi, Lei è legittimato a disporre del Suo contratto. Può vincolare, o cedere a pegno il Suo contratto.

- Lei può vincolare la prestazione caso morte del contratto a favore di un Beneficiario da Lei determinato.

- I contratti possono inoltre essere ceduti a pegno a favore di un creditore, il quale è legittimato a disporre delle relative prestazioni caso morte e caso vita (incluso il riscatto) per soddisfare il proprio credito.

(2) Tanto un vincolo che una cessione a pegno divengono efficaci nei nostri confronti solo dopo che ci siano stati notificati per iscritto con un documento avente data certa e sottoscritto per accettazione dal Contraente, e sono validi solo dal momento dell'avvenuta notifica.

§ 14. Dichiarazioni relative al contratto

(1) Le Sue comunicazioni e dichiarazioni relative al contratto possono essere espresse nei nostri confronti solo in forma scritta. Valgono quale forma scritta – oltre ad un documento cartaceo firmato in originale – anche un telefax o una e-mail, dal quale risulti chiara l'identità di chi rilascia la dichiarazione.

(2) Le dichiarazioni relative alle seguenti operazioni contrattuali sono valide nei nostri confronti solo se ci vengono comunicate con un documento cartaceo da Lei firmato in originale da trasmetterci insieme a copia di un Suo documento di identità in corso di validità:

- Richiesta di disdetta / riscatto (anche parziale del contratto)
- Richiesta di esenzione dal pagamento del premio (riduzione)
- Richiesta di attivazione o variazione dell'ordine di addebito diretto in conto (RID)

Per le operazioni di cui sopra non è possibile la comunicazione mediante sistemi elettronici di comunicazione a distanza (fax o e-mail) e le relative dichiarazioni si considerano pervenute ai sensi di legge e delle presenti condizioni contrattuali solo quando l'originale cartaceo sia giunto materialmente alla nostra Direzione competente. Tali dichiarazioni non possono inoltre essere rilasciate nei nostri confronti da un soggetto da Lei delegato, ma solo da Lei personalmente.

(3) Per ogni altra comunicazione o dichiarazione diversa da quelle di cui al precedente comma 2), che ci pervenga in via elettronica (come fax o e-mail), è nostra facoltà richiedere un documento cartaceo firmato in originale, o altra idonea attestazione, laddove il mezzo di comunicazione usato non consenta di avere l'assoluta certezza sulla provenienza della dichiarazione.

(4) Le nostre dichiarazioni relative al contratto hanno validità solo se espresse in forma scritta.

(5) Se il Suo indirizzo di residenza, o il diverso indirizzo postale indicatoci come domicilio per la corrispondenza postale a Lei indirizzata, cambia, Lei è obbligato a comunicarci immediatamente il nuovo indirizzo. In caso contrario le nostre dichiarazioni si considerano notificate con efficacia legale se indirizzate al Suo ultimo indirizzo a noi noto.

(6) Nel caso assuma una residenza che non sia in Europa, Lei è obbligato a nominare una persona residente in Italia, autorizzandola a ricevere le nostre dichiarazioni a Lei indirizzate in via postale.

(7) Al momento della stipula del contratto o successivamente, Lei può indicarci un suo indirizzo di posta elettronica richiedendoci di ricevere le comunicazioni ricorrenti relative al contratto via e-mail.

In tale caso queste comunicazioni si considerano a Lei validamente notificate se vengono trasmesse all'indirizzo e-mail da Lei comunicato o inviate in forma cartacea al Suo indirizzo postale a noi noto. Fintantoché Lei non ci comunichi una variazione del Suo indirizzo e-mail, ogni comunicazione si considera validamente notificata se trasmessa al Suo ultimo indirizzo di posta elettronica che ci ha reso noto.

(8) Dopo il verificarsi del sinistro abbiamo la facoltà di dichiarare con efficacia giuridica un rifiuto, un recesso o una impugnazione anche di fronte ad un terzo beneficiario.

§ 15. Beneficiari del contratto

(1) Spetta a Lei nominare il Beneficiario o i Beneficiari del contratto. Il Beneficiario acquisisce il diritto alla prestazione con il verificarsi dell'evento assicurato. Fino a quel momento Lei è libero di cambiare l'avente diritto in qualsiasi istante. Una revoca o modifica del/i beneficiario/i deve esserci notificata per iscritto.

(2) Lei può anche disporre che il Beneficiario acquisisca il diritto alla prestazione futura irrevocabilmente e quindi con effetto immediato. In questo caso il diritto alla prestazione può essere modificato solo con il consenso del Beneficiario.

(3) Se il Beneficiario è il portatore (possessore) della polizza, abbiamo la facoltà di richiederli prova della legittimazione del suo diritto.

§ 16. Altre modifiche del contratto

(1) Ogni altra modifica del contratto, che non sia specificamente contemplata dalle presenti Condizioni generali o dalle Condizioni particolari di assicurazione applicabili alla tariffa alla base del contratto, necessita del reciproco accordo tra Contraente e Compagnia.

(2) L'approvazione da parte della Compagnia può essere fornita solo in forma scritta e con un documento provvisto della sottoscrizione della direzione competente.

§ 17. Termini di prescrizione

Lei può far valere i diritti risultanti dal contratto entro un anno dal momento in cui la prestazione diviene esigibile. Trascorso tale termine i diritti si prescrivono. Se il diritto spetta ad un'altro soggetto, il tempo di prescrizione decorre dal momento in cui quest'ultimo ha avuto notizia del suo diritto alla prestazione. Se il Beneficiario non ha avuto notizia del suo diritto, le sue pretese si prescrivono solo dopo dieci anni dal momento in cui la prestazione è divenuta esigibile.

§ 18. Base contrattuale

La base contrattuale della assicurazione da Lei stipulata è costituita dal modulo di richiesta (proposta di assicurazione) da Lei presentato, dalla polizza (certificato di assicurazione) con l'indicazione del capitale assicurato, insieme a tutti i suoi allegati, dalla tariffa secondo la quale viene stipulato il contratto e dalle presenti Condizioni di assicurazione. In mancanza di diversi accordi si applicano le norme di legge, in particolare del Codice Civile italiano.

§ 19. Legge applicabile e Foro Competente

(1) Il presente contratto è soggetto alla legge italiana circa la regolamentazione dei reciproci diritti e obblighi contrattuali delle parti che stipulano il contratto (Compagnia e Contraente).

(2) Le modalità dell'investimento in fondi e del calcolo della riserva matematica sono disciplinate esclusivamente dalle presenti Condizioni Generali di assicurazione e dalle specifiche regole contenute nelle Condizioni particolari di assicurazione applicabili alla tariffa oggetto del contratto, le quali rinviano alla tariffa e al piano di affari della Compagnia, sottoposto al controllo e monitoraggio dell'organo di vigilanza del paese di provenienza della Compagnia (Austria), ai sensi delle norme dell'Unione Europea in materia.

(3) Per le controversie relative al presente contratto il Foro competente è quello di residenza o domicilio del Contraente, o del Beneficiario, o dei loro aventi diritto.

§ 20. Trattamento fiscale e obblighi dichiarativi italiani del Contraente

(1) La Compagnia ha optato ai sensi dell'Art. 26-ter comma 3 del DPR 600/73 per agire – tramite il proprio rappresentante fiscale in Italia DOMUS AUREA sas – quale sostituto di imposta nei confronti degli assicurati italiani. Le prestazioni caso vita vengono pertanto liquidate trattenendo l'imposta sostitutiva di cui all'Art. 26-ter comma 3 del DPR 600/73, e sono quindi tassate a titolo definitivo nei confronti delle persone fisiche non esercenti attività di impresa.

La Compagnia ha inoltre optato, ai sensi dell'Art. 3 comma 7 del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 24 maggio 2012, per applicare ai propri contratti assicurativo-finanziari conclusi con i Contraenti italiani, l'imposta di bollo prevista dall'Art. 13 comma 2-ter della Tariffa allegata al DPR 642/1972.

(2) E' compito del Contraente, in considerazione alla sua situazione complessiva anche in merito alle modalità di pagamento dei premi e di incasso delle prestazioni, valutare l'eventuale sussistenza di altri obblighi dichiarativi circa il contratto in oggetto, come ad esempio in relazione al monitoraggio fiscale di cui al Decreto Legge 167/1990, ed assumere i provvedimenti di conseguenza. E' esclusa ogni responsabilità della Compagnia in merito al comportamento al proposito tenuto dal Contraente ed alle relative conseguenze.

§ 21. Modalità di svolgimento dell'attività della Compagnia in Italia e vigilanza assicurativa competente

(1) La Compagnia conclude il presente contratto nell'ambito del Regime di Libera prestazione di servizi previsto e regolato dagli Art. 5 e 41 ss della Direttiva 2002/83/CE.

(2) Per i contratti di assicurazione conclusi secondo le presenti Condizioni di assicurazione la Compagnia è quindi soggetta alle norme di legge del paese di provenienza (Austria) circa la vigilanza sulle modalità di svolgimento della sua attività.

(3) La Compagnia, ai sensi delle norme dell'Unione Europea in materia, è tenuta inoltre a rispettare, relativamente al rapporto assicurativo regolato dalle presenti condizioni, anche le norme di legge italiana emanate a tutela del consumatore e quelle aventi carattere di tutela dell'interesse generale.

§ 22. Opzione per il percepimento della prestazione in forma di rendita vitalizia

(1) Al posto del pagamento delle prestazioni derivanti dal contratto in forma di capitale è possibile optare per la percezione di una rendita vitalizia. L'esercizio dell'opzione fino al momento in cui la prestazione diviene esigibile spetta al Contraente, successivamente al Beneficiario. Il diritto di scelta sussiste fino al momento in cui viene liquidato il capitale e può essere esercitata per l'intera prestazione o solo una sua parte.

Esercitando l'opzione il Beneficiario della rendita conclude con la Compagnia un nuovo autonomo contratto di rendita, regolato dalle Condizioni di assicurazione vigenti per le rendite erogate dalla Compagnia in tale momento.

§ 23. Quali delle precedenti disposizioni possono essere variate e sotto quali presupposti?

(1) Abbiamo la facoltà di variare le basi di calcolo del premio di rischio (premio per il caso di morte) anche per i contratti già esistenti nei seguenti casi:

- se si è in presenza di un aggravamento di rischio per la persona assicurata,
- se il contratto è stato esentato pienamente o in parte dal pagamento del premio (riduzione).

(2) Ci riserviamo inoltre di modificare singole disposizioni del contratto con efficacia anche per i contratti di assicurazione già esistenti:

- in caso di modifica di disposizioni di legge o di nuova giurisprudenza delle più alte corti che interessino il contratto di assicurazione,
- in caso della loro inefficacia,
- per evitare o tenere conto di rilievi degli organi di vigilanza sulle assicurazioni.

(3) Per rimuovere dubbi di interpretazione possiamo variare il contesto letterale di singole disposizioni, se la variazione è coperta dal contesto di significato del testo contrattuale originario ed essa corrisponde alla volontà reale o da sottintendere delle parti tenendo presente i loro obblighi di lealtà e buona fede.

Condizioni particolari d'assicurazione delle assicurazioni sulla vita legate a fondi (Unit-Linked) secondo la Tariffa GRAZER-UNIT-VALIF a premi ricorrenti concluse dalla Grazer Wechselseitige Versicherung AG in Italia in Libera Prestazione di Servizi - LV 87909/00 - Versione 04.2015

FONDO/I IN CUI VENGO NO INVESTITI I PREMI

(1) L'investimento dei premi netti del contratto avviene acquistando quote dei fondi di investimento:

- **Value Investment Fonds Klassik**
(Codice ISIN: AT0000990346)
- **Apollo "Linea Prudente"**
(Apollo Konservativ - Codice ISIN: AT0000708755)
- **Apollo "Linea Bilanciata"**
(Apollo Ausgewogen - Codice ISIN: AT0000A0DXL3)
- **Apollo "Linea Dinamica"**
(Apollo Dynamisch - Codice ISIN: AT0000A0SXM1)

tutti gestiti dalla società di gestione del risparmio:

SECURITY Kapitalanlage AG
Burgring 16, 8010 GRAZ (Austria)

(2) E' facoltà del Contraente decidere di destinare il premio iniziale al fondo Value Investment Fonds Klassik o a una combinazione libera tra i quattro fondi disponibili. Se il Contraente decide di ripartire il premio iniziale tra più fondi:

- possono essere selezionati fino a tre fondi, a ciascuno dei quali deve essere destinato almeno il 10% del premio iniziale.

(3) E' possibile destinare i premi successivi ad un mix di fondi differente rispetto a quello iniziale, alle seguenti condizioni:

- la variazione è possibile solo all'inizio di ciascuna nuova annualità assicurativa (la prima volta dopo la conclusione della prima annualità);

- il nuovo mix di fondi può contenere fino ad un massimo di tre fondi, a ciascuno dei quali deve essere destinato almeno il 10% di ciascun premio.

(4) A partire dalla fine della prima annualità assicurativa è inoltre possibile richiedere la conversione delle quote di un fondo già assegnate al contratto in quote di un altro fondo.

E' possibile effettuare gratuitamente un'unica operazione di Shift/Switch per ciascun anno di calendario; ogni ulteriore operazione di Shift/Switch comporta l'addebito di un rimborso spese di EUR 60,-.

DURATA E PROROGA DEL CONTRATTO

I contratti conclusi secondo le presenti Condizioni particolari d'assicurazione hanno una durata minima di 10 anni ed una durata massima di 45 anni (laddove l'età della persona assicurata a scadenza non può comunque superare i 75 anni). Alla scadenza finale del contratto è possibile, entro il limite massimo di cui sopra, richiederne – anche più volte di seguito – una proroga per un periodo da uno a tre anni, per il quale continuano ad essere addebitati solo le commissioni di gestione e nessun altro costo. In caso di successivo riscatto anticipato prima della conclusione del periodo di proroga, non vengono inoltre addebitate commissioni di riscatto anticipato.

DIRITTO AL CAPITALE RIDOTTO

I contratti a premi ricorrenti conclusi secondo le presenti Condizioni particolari d'assicurazione maturano il diritto al capitale ridotto quando siano state pagate integralmente le prime tre annualità di premio e siano trascorsi almeno tre anni dalla decorrenza del contratto, a condizione che l'importo che si determini sottraendo dalla riserva matematica del contratto il diritto di riduzione eventualmente dovuto ai sensi del successivo punto sia positivo.

DETERMINAZIONE DEL VALORE DI RISCATTO E DELLA RISERVA MATEMATICA DOPO LA RIDUZIONE

Il valore di riscatto si determina:

i) Detraendo il 2% (due per cento) dal controvalore corrente delle quote del/i fondi presenti nel contratto. Questa detrazione non ha luogo se il riscatto avviene nei tre anni antecedenti la scadenza del contratto (anche a seguito di proroga dopo una precedente scadenza).

ii) In caso di riscatto prima che siano decorsi interamente i primi 5 (cinque) anni di durata del contratto con il pagamento integrale dei premi annuali per essi dovuti, deve essere inoltre detratto un diritto di storno pari al 60% (sessanta per cento) del Premio Annuale. Ogni aumento del Capitale contrattuale, successivo alla decorrenza del contratto, viene considerato autonomamente ai fini della determinazione di tale diritto di storno, prendendo come inizio del periodo dei 5 (cinque) anni la data di efficacia dell'aumento stesso.

In caso di esenzione del contratto dal pagamento del premio (riduzione) prima che siano decorsi interamente i primi 5 (cinque) anni di durata del contratto con il pagamento integrale dei premi annuali per essi dovuti, dalla riserva matematica del contratto al momento di efficacia della riduzione viene detratto un diritto di riduzione pari al 60% (sessanta per cento) del Premio Annuale. Ogni aumento del Capitale contrattuale, successivo alla decorrenza del contratto, viene considerato autonomamente ai fini della determinazione del diritto di riduzione, prendendo come inizio del periodo dei 5 (cinque) anni la data di efficacia dell'aumento stesso. In caso di esenzione parziale dal pagamento dei premi si tiene conto del diritto di riduzione per il Capitale contrattuale esente da premio che si genera a seguito della riduzione parziale.

Una volta trascorsi i primi 5 (cinque) anni di durata del contratto (per gli aumenti di Capitale contrattuale i primi 5 anni dalla loro efficacia), in caso di sospensione del pagamento del premio non viene applicato alcun diritto di riduzione.

RISCATTI PARZIALI

Una volta trascorse le prime cinque annualità assicurative è possibile richiedere un riscatto parziale (nella forma di vendita di una parte dello stock di quote di fondi accumulato nel contratto). Tale operazione può essere richiesta solo per un controvalore non inferiore ad EUR 2.000,- ed a condizione che dopo tale operazione rimangano nel contratto quote per un controvalore di almeno EUR 3.000,-. Un successivo riscatto parziale non è possibile prima che siano trascorsi almeno due anni dal precedente prelievo.

Condizioni particolari per la clausola di rivalutazione del premio ricorrente secondo l'indice dei prezzi al consumo o un indice fisso delle assicurazioni sulla vita concluse dalla Grazer Wechselseitige Versicherung AG in Italia in Libera Prestazione di Servizi LV 87090/04 - Versione 04.2007

Il premio ricorrente dovuto per il presente contratto d'assicurazione sarà incrementato annualmente alle condizioni di seguito indicate e secondo quanto indicato in polizza,

- in base a un indice fisso espresso in valore percentuale,
- o in base agli incrementi dell'indice dei prezzi al consumo 2000 (Verbraucherpreisindex 2000) pubblicato dall'Ufficio centrale austriaco di statistica (STATISTIK AUSTRIA).

Le prestazioni a cui si è impegnata la compagnia si incrementano di conseguenza, in ragione dell'aumento del capitale assicurato (del capitale contrattuale nelle assicurazioni di tipo unit-linked) determinato in base alle condizioni di assicurazione e alla tariffa dall'aumento del premio ricorrente.

Momento dell'adeguamento

L'adeguamento del premio (e di conseguenza delle prestazioni della compagnia) avviene ogni anno alla data d'inizio dell'annualità assicurativa secondo l'indice fisso concordato o l'ultimo livello pubblicato per l'indice dei prezzi al consumo almeno due mesi prima di tale data.

Nel caso si sia prescelto l'indice dei prezzi al consumo l'adeguamento avviene solo se l'incremento dell'indice rispetto all'inizio del contratto o all'ultimo adeguamento è stato di almeno l'1% (un per cento).

Adeguamento delle prestazioni della compagnia

a) Assicurazioni sulla vita di tipo tradizionale

Capitale assicurato

Il capitale assicurato viene incrementato rispetto al suo ultimo valore di un importo determinato in base alla tariffa tenendo conto della somma complessiva degli ulteriori premi da versare dal momento dell'adeguamento fino alla scadenza del contratto e dell'età raggiunta dalla persona assicurata al momento dell'adeguamento, ferme restando le altre condizioni.

b) Assicurazioni di tipo unit-linked

Capitale Contrattuale

Il Capitale Contrattuale aumenta della somma degli incrementi di premio calcolati per la complessiva residua durata contrattuale. Le prestazioni eventualmente garantite collegate al valore del Capitale Contrattuale si incrementano di conseguenza, a meno che le Condizioni di Assicurazioni applicabili al contratto non prevedano diversamente.

Informativa al Contraente

Alla scadenza dell'annualità del contratto, se ha luogo un adeguamento, il Contraente dell'assicurazione riceve un'appendice alla propria polizza in cui gli vengono comunicati i nuovi valori del premio e del Capitale Assicurato (Capitale Contrattuale per i contratti Unit-Linked). Entro 2 settimane dal ricevimento dell'appendice il Contraente può rifiutare l'adeguamento mediante comunicazione scritta alla Compagnia alla quale deve essere allegato l'originale dell'appendice. Il pagamento del premio maggiorato secondo l'adeguamento vale quale sua accettazione.

Rimozione della Clausola di Rivalutazione

La Clausola di Rivalutazione viene rimossa

- a) se il Contraente ha rinunciato per due volte consecutive all'adeguamento;
- b) se è stata data disdetta totale o parziale dal contratto o se esso è stato trasformato in un'assicurazione esonerata dal pagamento del premio;
- c) in ogni caso negli ultimi cinque anni prima della fine della durata dell'assicurazione.

Conseguenze per l'esonero dal pagamento del premio, o per il riscatto del contratto

Anche dopo che uno o più adeguamenti abbiano avuto luogo, per la possibilità di richiedere la conversione del contratto in un'assicurazione esonerata dal pagamento del premio o il suo riscatto rimane determinante unicamente la parte già trascorsa della durata originaria della assicurazione di base, anche per quella parte del capitale risultante dagli adeguamenti. L'eventuale diritto di storno o di riduzione che sia dovuto in base alle condizioni di assicurazione applicabili alla tariffa, viene calcolato autonomamente per il Capitale assicurato (Capitale Contrattuale per i contratti Unit-Linked) iniziale e ogni suo incremento determinato dalla indicizzazione del premio.

Partecipazione agli utili delle assicurazioni di tipo tradizionale (non Unit-Linked)

Tutti gli incrementi del capitale assicurato risultanti dagli adeguamenti fanno parte del medesimo gruppo di partecipazione agli utili dell'assicurazione originaria. L'assegnazione delle partecipazioni agli utili avviene in base alle disposizioni contenute nelle Condizioni Generali o Particolari d'assicurazione della Grazer Wechselseitige Versicherung AG applicabili in base al tipo di contratto in oggetto. I termini di assegnazione decorrono dal momento dell'aumento.

Informazioni generali

Le assicurazioni suppletive risultanti dagli aggiornamenti e in particolare i pagamenti dei premi ad esse correlati sono soggetti, per ogni altro aspetto, alle condizioni generali d'assicurazione e alle disposizioni previste dal piano aziendale per il contratto base.

Se l'Ufficio centrale austriaco di statistica dovesse cessare di pubblicare l'indice dei prezzi al consumo 2000 (Verbraucherpreisindex 2000) spetta all'organo di vigilanza sulle assicurazioni fissare i criteri secondo cui determinare l'indice per la presente assicurazione.

Condizioni d'Assicurazione per l'assicurazione infortuni della Grazer Wechelseitige Versicherung AG (AUVB 2001)

Capitolo A:

Copertura assicurativa

Articolo 1

Oggetto del contratto di assicurazione

La Compagnia offre copertura assicurativa per il caso di un infortunio della persona assicurata.

Le prestazioni assicurabili sono indicate nel Capitolo B. La polizza fornisce indicazioni sulle prestazioni e sui capitali assicurati secondo quanto stabilito nel contratto.

Articolo 2

Sinistro

Si considera sinistro l'accadimento di un infortunio (Art.6).

Articolo 3

Luogo di applicazione

L'assicurazione copre infortuni verificatisi in tutto il mondo.

Articolo 4

Periodo di applicazione

La copertura assicurativa copre gli infortuni verificatisi durante la validità del contratto (durata del contratto secondo i termini dei §§ 38 e seguenti della legge austriaca sui contratti di assicurazione secondo la legislazione vigente).

Articolo 5

Inizio della copertura assicurativa, copertura provvisoria

1 La copertura assicurativa non decorre prima del termine stabilito nella polizza. In caso che la persona assicurata sia chiamata a pagare il primo o unico premio successivamente a tale termine e abbia pagato il premio entro 14 giorni dopo aver ricevuto la richiesta di pagamento, la copertura assicurativa ha inizio dalla data stabilita nella polizza.

2 Se è stata concessa una copertura provvisoria, questa finisce con la consegna della polizza, e comunque allo scadere del termine vincolante. In caso che la Compagnia rifiuti la stipula dell'assicurazione, la copertura provvisoria è da disdettare contestualmente con un preavviso di una settimana.

Inoltre l'assicuratore è autorizzato a disdettare la copertura provvisoria, senza particolari motivi e in ogni momento, con un termine di preavviso di due settimane.

Articolo 6

Definizione di infortunio

1 Si considera infortunio un evento indipendente dalla volontà della persona assicurata che agisce improvvisamente dall'esterno con un'azione meccanica o chimica sul suo corpo provocando un danno fisico o la morte.

2 Si considerano infortunio anche i seguenti eventi indipendenti dalla volontà della persona assicurata:

- Annegamento;
- Ustioni, scottature, danni provocati da lampi o dalla corrente elettrica;
- Inalazione di gas o vapore, assunzione di sostanze tossiche o caustiche, a meno che queste sostanze siano state assunte gradualmente;
- Distorsioni degli arti, stiramenti e lacerazioni di muscoli vertebrali o degli arti, dei tendini, di legamenti o delle rotule dovuto a un movimento inusuale dell'apparato motorio.

3 Le malattie, anche di carattere infettivo, non sono considerati infortunio. Fanno eccezione la poliomielite, la encefalite verno-estiva russa trasmessa attraverso la puntura della zecca entro i termini dell'Art. 12, così come il tetano e la rabbia, provocati da un incidente entro i termini del Punto 1.

4 La copertura assicurativa vale anche per gli infortuni della persona assicurata come passeggero in un veicolo aereo, omologato per il trasporto di persone. Passeggero è qualunque persona che non sia addebita alla funzione dell'aereo, non appartenga all'equipaggio, e che non svolga un'attività professionale attraverso questo mezzo.

Capitolo B:

Prestazione assicurativa

Articolo 7

Invalità permanente

1 Se entro un anno dal giorno dell'infortunio, si presenta un caso di invalidità permanente come conseguenza di questo infortunio, viene liquidata la quota del capitale assicurato previsto per questo caso corrispondente al grado di invalidità provocato dall'evento.

2 Per il calcolo del grado di invalidità valgono le seguenti disposizioni:

2.1 In caso di perdita o completa incapacità funzionale

di un braccio	70 %
di una mano	60 %
di un pollice	20 %
di un indice	10 %
di un altro dito	5 %
di una gamba	70 %
di un piede	50 %
del pollice del piede	5 %
di un altro dito del piede	2 %
della vista di entrambi gli occhi	100 %
della vista di un occhio	35 %
- se la persona assicurata aveva già perduto la vista dell'altro occhio prima del sinistro	65 %
dell'udito di entrambe le orecchie	60 %
dell'udito di un orecchio	15 %
- se la persona assicurata aveva già perso l'udito di un orecchio prima del sinistro	45 %
dell'olfatto	10 %
del gusto	5 %

2.2 In caso di perdita parziale o di parziale incapacità funzionale delle parti del corpo o degli organi funzionali sopra elencati viene applicata la corrispondente quota della percentuale indicata nel Punto 2.1.

In caso di riduzione della capacità funzionale delle gambe o delle braccia si calcola la quota con riferimento alla percentuale prevista per l'intera estremità.

3 Se non è possibile definire il grado di invalidità secondo il Punto 2, è rilevante quanto la capacità fisica o intellettuale risulti compromessa secondo il punto di vista medico.

4 Vengono sommati i diversi gradi di invalidità che risultino secondo le disposizioni dei Punti 2 e 3. Non viene comunque considerato un grado d'invalidità che superi complessivamente il 100%.

5 Nel primo anno dopo l'infortunio viene liquidata la prestazione di invalidità solo se il tipo e la dimensione delle conseguenze dell'infortunio sono diagnosticabili dal punto di vista medico con certezza ed univocamente. Questa prestazione non può comunque nel primo anno superare la prestazione prevista dal contratto di assicurazione per il caso di morte.

6 Se il grado d'invalidità permanente non è stato ancora stabilito definitivamente, sia l'Assicurato che l'assicuratore hanno la facoltà di far periziare nuovamente da un medico il grado di invalidità annualmente fino a quattro anni dal giorno dell'infortunio subito, e dopo due anni dal giorno dell'infortunio anche dalla commissione medica.

Se in questo caso si stabilisce definitivamente un grado di invalidità superiore a quello per cui l'assicuratore ha già liquidato una prestazione, il maggior importo matura annualmente interessi nell'ammontare del 4% dal momento di liquidazione dell'anticipo (Art. 14, Punto 2).

7 L'ammontare della prestazione assicurativa per il grado di invalidità permanente calcolato secondo i Punti 1-4, si determina secondo la variante di prestazione concordata nel singolo contratto d'assicurazione.

7.1 Invalidità permanente – **senza** prestazione progressiva

L'ammontare della prestazione corrisponde al grado di invalidità permanente.

7.2 Invalidità – **con** prestazione progressiva fino al 200%

A partire da un grado di invalidità di almeno il 50% la prestazione si raddoppia secondo la seguente tabella. La prestazione per invalidità sarà quindi in tal caso pari a:

da	a	da	a	da	a	da	a
50 %	100 %	63 %	126 %	76 %	152 %	89 %	178 %
51 %	102 %	64 %	128 %	77 %	154 %	90 %	180 %
52 %	104 %	65 %	130 %	78 %	156 %	91 %	182 %
53 %	106 %	66 %	132 %	79 %	158 %	92 %	184 %
54 %	108 %	67 %	134 %	80 %	160 %	93 %	186 %
55 %	110 %	68 %	136 %	81 %	162 %	94 %	188 %
56 %	112 %	69 %	138 %	82 %	164 %	95 %	190 %
57 %	114 %	70 %	140 %	83 %	166 %	96 %	192 %
58 %	116 %	71 %	142 %	84 %	168 %	97 %	194 %
59 %	118 %	72 %	144 %	85 %	170 %	98 %	196 %
60 %	120 %	73 %	146 %	86 %	172 %	99 %	198 %
61 %	122 %	74 %	148 %	87 %	174 %	100 %	200 %
62 %	124 %	75 %	150 %	88 %	176 %		

7.3 Invalidità permanente con prestazione progressiva fino al 250%

Per un grado d'invalidità:

- dall'1% al 25% la prestazione è pari al 50% della somma corrispondente al grado di invalidità permanente
- dal 26% al 50% la prestazione è pari alla somma corrispondente al grado di invalidità permanente
- dal 51% al 75% l'ammontare della prestazione prevede il raddoppio della somma corrispondente al grado di invalidità permanente che supera il 50%
- dal 76% al 100% l'ammontare della prestazione prevede la moltiplicazione per quattro della somma corrispondente al grado di invalidità permanente, che supera il 50%.

Le prestazioni per il caso di invalidità permanente risultano in questo caso secondo la seguente tabella

con	Somma	con	Somma	con	Somma	con	Somma
1 %	0,5 %	26 %	26 %	51 %	52 %	76 %	154 %
2 %	1 %	27 %	27 %	52 %	54 %	77 %	158 %
3 %	1,5 %	28 %	28 %	53 %	56 %	78 %	162 %
4 %	2 %	29 %	29 %	54 %	58 %	79 %	166 %
5 %	2,5 %	30 %	30 %	55 %	60 %	80 %	170 %
6 %	3 %	31 %	31 %	56 %	62 %	81 %	174 %
7 %	3,5 %	32 %	32 %	57 %	64 %	82 %	178 %
8 %	4 %	33 %	33 %	58 %	66 %	83 %	182 %
9 %	4,5 %	34 %	34 %	59 %	68 %	84 %	186 %
10 %	5 %	35 %	35 %	60 %	70 %	85 %	190 %
11 %	5,5 %	36 %	36 %	61 %	72 %	86 %	194 %
12 %	6 %	37 %	37 %	62 %	74 %	87 %	198 %
13 %	6,5 %	38 %	38 %	63 %	76 %	88 %	202 %
14 %	7 %	39 %	39 %	64 %	78 %	89 %	206 %
15 %	7,5 %	40 %	40 %	65 %	80 %	90 %	210 %
16 %	8 %	41 %	41 %	66 %	82 %	91 %	214 %
17 %	8,5 %	42 %	42 %	67 %	84 %	92 %	218 %
18 %	9 %	43 %	43 %	68 %	86 %	93 %	222 %
19 %	9,5 %	44 %	44 %	69 %	88 %	94 %	226 %
20 %	10 %	45 %	45 %	70 %	90 %	95 %	230 %
21 %	10,5 %	46 %	46 %	71 %	92 %	96 %	234 %
22 %	11 %	47 %	47 %	72 %	94 %	97 %	238 %
23 %	11,5 %	48 %	48 %	73 %	96 %	98 %	242 %
24 %	12 %	49 %	49 %	74 %	98 %	99 %	246 %
25 %	12,5 %	50 %	50 %	75 %	100 %	100 %	250 %

8 In caso di morte della persona assicurata

- provocata da un infortunio entro un anno dall'infortunio stesso, non sussiste il diritto alla prestazione per il caso di invalidità permanente;
- per motivi estranei all'infortunio entro un anno dall'infortunio, la prestazione deve essere liquidata in base al grado di invalidità permanente che si sarebbe considerata secondo l'ultima perizia medica effettuata;
- a seguito dell'infortunio o per motivi estranei all'infortunio, trascorso più di un anno da questo, la prestazione deve essere liquidata anche in

questo caso in base al grado di invalidità permanente che si sarebbe considerata secondo l'ultima perizia medica effettuata.

- Se la persona assicurata al giorno dell'incidente aveva già compiuto i 75 anni di età, viene pagata al posto del capitale una rendita vitalizia, da calcolarsi secondo le tavole di rendita vitalizia riportate nell'appendice, considerando l'età compiuta dalla persona assicurata al momento dell'incidente.

Il valore attuale della rendita vitalizia è la somma che sarebbe stata pagata in caso di liquidazione in forma di capitale.

Una volta che sia stato accertato il diritto alla prestazione e il suo ammontare, il pagamento della rendita inizia, con effetto per il passato, dal primo giorno del mese successivo alla data dell'infortunio e termina alla fine del mese della morte della persona assicurata.

Articolo 8

Prestazione in caso morte

- Se entro un anno dal giorno dell'infortunio subentra la morte della persona assicurata come conseguenza dell'incidente, verrà liquidato il capitale assicurato per il caso morte.
- Vengono considerati parte della prestazione in caso morte solo i pagamenti già effettuati per il caso di invalidità permanente causata dallo stesso infortunio. L'assicuratore non potrà rivendicare posteriormente l'eventuale maggior importo già liquidato per il caso di invalidità permanente.
- Per persone sotto i 15 anni saranno rimborsate entro i limiti del capitale assicurato unicamente le spese tipiche di un funerale.

Articolo 9

Diaria

Diaria viene pagata nei casi di invalidità temporanea o permanente per il periodo di totale incapacità di svolgere l'attività professionale della persona assicurata per un periodo massimo di 365 giorni entro 2 anni dal giorno dell'incidente subito.

Articolo 10

Diaria per ricovero ospedaliero e risarcimento per danni morali

- La diaria ospedaliera viene pagata per ogni giorno di calendario nel quale la persona assicurata si sia trovata in un ricovero ospedaliero stazionario necessario a seguito del sinistro, per la durata massima di 365 giorni entro 2 anni dal incidente.

Nel caso in cui la cura superi ininterrottamente i 15 giorni, la prestazione assicurativa per la diaria aumenta del 50% a partire al 15° giorno.

- Il risarcimento per danni morali verrà pagato come prestazione unica, se la persona assicurata sia sottoposta a un trattamento medico stazionario necessario dopo un infortunio coperto dalla assicurazione e sia ricoverato ininterrottamente per almeno 15 giorni. In caso di ricovero ospedaliero di almeno 22 giorni il risarcimento per danni morali aumenta del 50%.
- Ospedali sono strutture ospedaliere o sanatori, autorizzati dalle competenti autorità sanitarie, sotto permanente direzione e cura medica, che non si limitano a cure speciali, nonché centri di riabilitazione degli enti di previdenza sociale, ospedali di fabbrica, infermerie del potere esecutivo.
- Non sono da considerarsi ospedali tutti i centri di assistenza per cura polmonare e per assistenza di pazienti con malattie croniche incurabili, nonché centri di riabilitazione e di riposo, case di riposo e le loro sezioni mediche collegate, e i centri di assistenza per malattie mentali o neuropatie.

Articolo 11

Spese di cura, salvataggio e traslazione

Vengono rimborsate le spese d'infortunio entro la somma assicurata concordata, se subentrano entro due anni dal giorno dell'infortunio e non siano rimborsabili da parte degli enti di previdenza pubblici o siano state già rimborsate da altro soggetto.

Spese d'infortunio sono:

- Spese di cura, sopportate per il trattamento di problemi conseguenti all'infortunio e prescritte dal medico. Tra queste rientrano anche le spese necessarie al trasporto della persona ferita, la prima acquisizione di arti artificiali e di protesi dentarie e di qualunque altra prima acquisizione secondo quanto viene prescritto dal medico.

Le spese per viaggi di riposo, viaggi balneari e soggiorni, inoltre le spese per ristabilire o riparare una protesi dentaria, arti artificiali e altri aiuti artificiali non verranno riscalate.

2 Spese di salvataggio,

che si presentano in caso che la persona assicurata

2.1 abbia subito un incidente o si trovi in una situazione di pericolo in acqua o in montagna, e debba essere soccorso essendo ferito o no;

2.2 sia morto a seguito di un incidente in acqua o in montagna e sia necessario il recupero del cadavere.

Spese di salvataggio sono le spese da ricondurre alla ricerca della persona assicurata e il suo trasporto fino alla prossima strada viabile o al prossimo ospedale dal luogo d'infornuto.

3 Spese di traslazione,

sono le spese per la traslazione suggerita dai medici curanti della persona ferita dopo un incidente, avvenuto al di fuori dell'area di residenza della persona assicurata. Vengono coperte le spese di traslazione dal luogo dell'incidente o dall'ospedale, nel quale sia stato ricoverato subito dopo l'incidente fino al suo luogo di residenza o all'ospedale più vicino a questo. In caso di infornuto mortale verranno pagate anche le spese per la traslazione del cadavere al suo domicilio in Italia.

Articolo 12

Poliomielite; encefalite verno-estiva russa

La copertura assicurativa comprende i casi di poliomielite e di encefalite verno-estiva russa trasmessa attraverso la puntura della zecca, se la patologia è stata verificata dal punto di vista sierologico e i sintomi si manifestino non prima di 15 giorni dopo l'inizio della copertura assicurativa e non oltre 15 giorni dopo il termine del periodo di assicurazione.

Quale inizio della patologia (data del sinistro) viene considerato il giorno in cui viene consultato per la prima volta il medico per una patologia con diagnosi di encefalite verno-estiva russa trasmessa attraverso la puntura della zecca o di poliomielite.

Viene liquidata una prestazione solo per il caso di morte o di invalidità permanente. La prestazione avviene entro i limiti del capitale assicurato concordato che non può superare i 14.534,57 EUR.

Articolo 13

Ulteriori prestazioni

L'assicuratore si prende carico delle spese necessarie per l'adempimento dell'obbligo riportato nei Punti 2.3 e 2.8 dell'Art. 21.

Articolo 14

Maturazione delle prestazioni e prescrizione

1 L'assicuratore è obbligato a dichiarare entro un mese – in caso di prestazione per il caso di invalidità permanente entro 3 mesi – se e in quale misura riconosce il diritto alla prestazione. I termini decorrono dal momento del ricevimento dei documenti necessari per la prova dello svolgimento dell'incidente e delle sue conseguenze e l'attestazione per la fine della cura dalla persona che ha diritto alla prestazione.

2 Se risulta chiara sin dal primo momento la fondatezza dell'obbligo di prestazione, l'Assicurato potrà richiedere l'anticipazione della somma minima prevista per questo caso di assicurazione.

3 La prestazione sarà da liquidare non appena sia chiarito l'obbligo di prestazione da parte dell'assicuratore circa la fondatezza e l'importo.

4 Si rinvia ai termini di maturazione previsti dal § 11 Comma 1 della legge austriaca sui contratti di assicurazione.

5 Per i casi di prescrizione vale il § 12 della legge austriaca sui contratti di assicurazione.

Articolo 15

Procedura in caso di disaccordo (commissione medica)

1 In caso di divergenze di opinione sul tipo e sull'entità delle conseguenze dell'infornuto oppure circa la misura in cui il danno subentrato sia da ricondurre al sinistro occorso, circa l'influsso di una malattia o di un'infornità sulle conseguenze dell'infornuto nonché nel caso dell'Art. 7, Punto 6 decide la commissione medica.

2 Per le divergenze di opinione la cui soluzione è riservata, in base al Punto 1, alla commissione medica, il Contraente può fare opposizione entro un anno dall'invio della dichiarazione della Compagnia di cui all'Art. 14 Punto 1 indicando la sua pretesa e chiedendo la decisione della commissione medica.

3 Il diritto di richiedere la decisione della commissione medica spetta anche alla Compagnia.

4 Per la composizione della commissione medica la Compagnia e il Contraente determinano ciascuno un medico, il quale deve essere iscritto all'Albo italiano od austriaco dei Medici. Se una delle parti contrattuali non determina entro due settimane dalla richiesta scritta il medico di sua nomina, questo viene scelto dall'ordine dei medici competente territorialmente per il luogo di residenza dell'Assicurato. I due medici nominano di comune accordo, prima dell'inizio della loro attività un ulteriore medico quale presidente della commissione, il quale nel caso tra i due medici non ci dovesse essere accordo o questo fosse solo parziale, deciderà entro i limiti determinati dalle perizie rese dai due medici.

Se i due medici non trovano un accordo sulla persona del presidente, l'ordine dei medici competente territorialmente per il luogo di residenza dell'Assicurato provvederà alla nomina di un medico legale quale presidente della commissione.

5 L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle visite dei medici della commissione e a sottoporsi a quei trattamenti che siano considerati necessari dalla commissione.

6 La commissione medica è tenuta a redigere per la propria attività un verbale nel quale deve essere anche motivata per iscritto la decisione. In caso di disaccordo ogni medico deve esporre separatamente nel verbale la propria opinione. Se risulta necessaria una decisione da parte del presidente, anche questa deve essere messa a protocollo in un verbale indicandone le motivazioni. Gli atti della procedura vengono conservati dalla Compagnia.

7 Ciascuna delle parti sostiene e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il presidente della commissione. Nel caso di rideterminazione del grado di invalidità ai sensi dell'Art. 7, Punto 6 le spese per la commissione vanno a misura completa a carico della parte che ha richiesto la nuova determinazione.

Capitolo C:

Limitazioni della copertura assicurativa

Articolo 16

Persone non assicurabili

1 Non sono assicurabili e non vengono comunque mai assicurate persone con una inabilità totale e permanente al lavoro, con gravi malattie nervose, nonché persone malate di mente.

Inabilità totale al lavoro si presenta quando la persona assicurata non è in grado dal punto di vista medico, a causa di una malattia o di una infornità, di svolgere un'attività professionale e non svolge in effetti alcuna attività professionale.

2 In caso di una persona non assicurabile non insorge comunque alcun rapporto contrattuale dalla richiesta di assicurazione che sia stata eventualmente presentata.

Se la persona assicurata diviene nel corso di un contratto non più assicurabile la copertura assicurativa cessa immediatamente. Nello stesso momento si estingue il contratto relativamente a tale persona.

Articolo 17

Esclusioni

Non è data alcuna copertura assicurativa per i seguenti infornuti:

1 in caso di uso di strumenti di volo di ogni tipo, di lanci con paracadute e di utilizzo di veicoli aerei che non rientrano nelle disposizioni dell'Art. 6, Punto 4;

2 durante la partecipazione a competizioni motoristiche sportive (incluse gare di regolarità e rallye) con le relative prove;

3 durante la partecipazione a competizioni internazionali, nazionali o regionali nella corsa di sci, salto con gli sci, bob, skibob, skeleton nonché per le relative prove ufficiali;

4 se la persona assicurata subisce un infornuto commettendo intenzionalmente un reato o abbia tentato di commetterlo;

5 causati direttamente o indirettamente da eventi bellici o guerre civili;

6 in caso di disordini se la persona assicurata partecipa come agitatore a tale disordini;

7 direttamente o indirettamente provocati da

- radiazione ionica secondo la legge sulla radioprotezione (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Federale d'Austria Nr. 227/1969) secondo la legge vigente,

- energia nucleare;

8 infornuti subiti a causa di un infarto cardiaco o di un ictus; l'infarto non viene in alcun caso considerato come conseguenza di un incidente;

- 9 infortuni che la persona assicurata subisca a seguito di un disturbo della coscienza o di un disturbo mentale provocato dall'assunzione di alcool, di stupefacenti, di droghe, oppure di medicinali;
- 10 danni al corpo provocati da cure e da interventi che la persona assicurata abbia applicato o fatto applicare al proprio corpo se non si sono resi necessari a seguito di un sinistro; in quest'ultimo caso non trova applicazione il Punto 7.

Articolo 18

Limitazioni oggettive della prestazione assicurativa

- 1 Viene liquidata una prestazione assicurativa solo per i danni subiti a causa di un infortunio (invalidità o morte).
- 2 Per la determinazione del grado d'invalidità verrà sottratto il grado di invalidità pregresso unicamente se l'incidente subito ha coinvolto funzioni fisiche o mentali già compromesse prima dell'infortunio.
L'invalidità pregressa viene calcolata in base ai termini stabiliti nei Punti 2 e 3 dell'Art. 7.
- 3 Se malattie o infermità già presenti prima dell'infortunio hanno influito sulle conseguenze dell'infortunio, la prestazione verrà ridotta in relazione alla quota riconducibile alla pregressa malattia o infermità se questa rappresenta almeno il 25%.
- 4 Per disturbi di origine organica del sistema nervoso la prestazione si effettuerà unicamente se il disturbo sia da ricondurre a un danno organico provocato da un incidente.
In caso di disturbi psichici (nevrosi, psiconevrosi), questi non sono da considerare conseguenze di un infortunio.
- 5 Per il caso di ernie dei dischi intervertebrali sussiste copertura assicurativa solo se la causa determinante è stata un'azione meccanica diretta sulla colonna vertebrale e non si tratti di un aggravamento di una malattia già presente prima dell'infortunio.
- 6 Per ernie addominali ed inguinali di ogni tipo si effettuerà una prestazione, solo se il danno sia stata prodotto direttamente da un'azione meccanica dall'esterno e non si da ricondurre a predisposizione ereditaria o a logoramenti progressivi.

Capitolo D:

Obblighi del Contraente

Articolo 19

Premio, decorrenza e termine della copertura assicurativa; composizione del premio, costi, spese, interessi di mora, spese amministrative

- 1 Il Contraente dell'assicurazione si obbliga a versare la prima rata di premio o il premio unico, incluse le spese accessorie al ricevimento della polizza, e a versare i premi successivi incluse le spese accessorie alle scadenze di pagamento stabilite nella polizza.
La copertura assicurativa non comincia prima del termine stabilito nella polizza. Se il Contraente sia chiamato a versare il primo premio o il premio unico dopo tale termine, e il premio sia stato versato entro 14 giorni dopo aver ricevuto la richiesta di pagamento, la copertura assicurativa sarà valida dalla data stabilita nella polizza.
Per le conseguenze di premi non versati tempestivamente vengono applicati i §§ 38 e seguenti della legge austriaca sui contratti di assicurazione.
- 2 Le singole parti di una assicurazione combinata valgono dal punto di vista legale come contratti autonomi.
In caso di pagamento ritardato del premio la somma in sospeso verrà ripartita sui singoli contratti in proporzione al premio fissato per i diversi rami.
- 3 Nel caso che il Contraente non abbia optato per un ordine di addebito diretto (sistema RID), egli dovrà farsi carico delle spese accessorie da ciò risultanti (stampo ed invio dei bollettini di pagamento).
- 4 In caso di ritardato pagamento l'assicuratore procederà a sollecitare dapprima in via stragiudiziale gli importi scaduti secondo le abitudini del settore. Il Contraente dovrà rimborsare le spese al proposito sostenute dall'assicuratore, che saranno addebitate come spese di sollecito.
- 5 Se parte del premio oppure l'intero premio non è stato pagato entro la data di scadenza, i premi in sospeso matureranno, indipendentemente dalle altre conseguenze di questo caso, interessi nella misura del 0,8% al mese dalla data di scadenza fino al giorno in cui sarà versata l'intera somma.
In caso di ritardato pagamento l'assicuratore utilizzerà le somme ricevute prima per coprire gli interessi e le spese in sospeso, indipendentemente

dal fatto che si tratti di interessi e spese di nuovi o vecchi premi in sospeso, e in seguito per i crediti relativi ai premi già scaduti a partire dai più vecchi.

- 6 In caso di risoluzione anticipata del contratto per colpa del Contraente o comunque per motivi che sono da riferire al Contraente, il Contraente stesso è obbligato a pagare all'assicuratore un opportuno contributo alle spese amministrative. Questo ammonta al 30% del relativo premio annuale, con un valore minimo di 36,33 EUR e un valore massimo di 363,36 EUR.

Articolo 20

Notifica della variazione del lavoro o occupazione della persona assicurata

Variazioni circa il lavoro o l'occupazione indicati nel contratto di assicurazione sono da segnalare tempestivamente. Non si considera variazione del lavoro la circostanza che la persona assicurata presti servizio militare obbligatorio o servizio civile oppure partecipi ad esercitazioni militari in qualità di riservista.

- Se in base alla tariffa vigente al momento del cambiamento si determina un minor premio questo è dovuto dal momento dell'arrivo della notifica della variazione.
- Se si determina un premio più elevato, rimane vigente anche per il nuovo lavoro o per la nuova occupazione la piena copertura assicurativa per 3 mesi dal momento in cui la denuncia di cambiamento doveva pervenire all'assicuratore.

In caso di un sinistro riconducibile al nuovo lavoro o alla nuova occupazione trascorsi i 3 mesi di copertura, senza che si sia giunti a un accordo circa l'aumento del premio, le prestazioni dell'assicuratore sono calcolate determinando i capitali assicurati sulla base degli importi che si determinerebbero partendo dai premi effettivamente stabiliti nella polizza, in ragione della tariffa di premio applicabile alla nuova attività professionale od occupazione.

- Se l'assicuratore non offre copertura assicurativa per il nuovo lavoro o la nuova occupazione, trovano applicazione i §§ 23 e seguenti della legge austriaca sui contratti d'assicurazione (aggravamento del rischio).

Articolo 21

Obblighi

- 1 Obblighi prima del sinistro
Persiste obbligo per la persona assicurata come conducente di un automezzo che essa sia autorizzata ufficialmente attraverso una patente a guidare il veicolo su strade di trasporto pubbliche, ciò vale anche se il veicolo si trova su strade non pubbliche; il caso di violazione prevede la liberazione dell'assicuratore dall'obbligo di prestazione secondo il § 6 della legge austriaca sui contratti di assicurazione.
- 2 Obblighi dopo il sinistro
Persistono i seguenti obblighi, la cui violazione implica per l'assicuratore la liberazione dall'obbligo di prestazione secondo il § 6 della legge austriaca sui contratti di assicurazione:
- 2.1 L'infortunio deve essere denunciato all'assicuratore per iscritto entro una settimana dal suo accadimento.
- 2.2 Un caso di morte deve essere denunciato entro 3 giorni all'assicuratore, anche in caso che sia già stato denunciato l'infortunio.
- 2.3 L'assicuratore ha diritto a far eseguire dai medici una analisi del cadavere, una eventuale autopsia e se necessario far riesumare il corpo.
- 2.4 In caso di incidente è da richiedere immediatamente aiuto medico e seguire il trattamento medico fino al termine della cura; inoltre è da provvedere ad una adeguata assistenza, nonché alla riduzione e alla mitigazione delle conseguenze dell'infortunio.
- 2.5 Dopo aver ricevuto il formulario per le dichiarazioni relative all'incidente, questo è da restituire compilato all'assicuratore; inoltre si dovranno fornire tutte le informazioni richieste dall'assicuratore circa l'incidente.
- 2.6 Il medico o ospedale che si sono presi cura della persona assicurata come anche ulteriori medici o ospedali, in cui la persona assicurata si sia trovata sotto cura o attenzione per altri motivi, sono da autorizzare a fornire informazioni e rapporti all'assicuratore. Se l'incidente è stato dichiarato presso l'ente di previdenza sociale, anche questa deve essere autorizzata allo stesso modo da parte della persona assicurata.
- 2.7 Le autorità che si sono occupate dell'infortunio sono da autorizzare a fornire informazioni all'assicuratore.

- 2.8 L'assicuratore potrà esigere che la persona assicurata si sottoponga alla visita dei medici scelti dall'assicuratore.
- 2.9 In caso l'assicurazione comprenda anche una diaria per il ricovero ospedaliero oppure il risarcimento per danni morali, l'Assicurato è tenuto, in caso di ricovero in ospedale (Art. 10, Punto 3), ad inviare all'assicuratore, dopo la dimissione dall'ospedale, un certificato della amministrazione dell'ospedale, in cui devono essere indicati i dati circa il nome, cognome, data di nascita, data di ricovero e di dimissione dall'ospedale, nonché della diagnosi.
- 2.10 In caso di copertura dei costi dell'infortunio, o delle spese per interventi di chirurgia plastica e per le persone di accompagnamento sono da presentare le pezze giustificative in originale all'assicuratore.
- 2.11 La persona assicurata come conducente di un automezzo è tenuto, secondo le norme della legge, di far analizzare il fiato circa il tasso d'alcool, farsi visitare da un medico e far prelevare un campione di sangue.

Capitolo E: Ulteriori disposizioni

Articolo 22

Periodo assicurativo, durata del contratto

- 1 Periodo assicurativo
- Il periodo assicurativo, se il contratto non è stato concluso per un periodo più breve, prevede una durata di un anno, calcolato dal giorno di scadenza annuale.
- Il termine di scadenza annuale è il primo del mese, in cui cessa la durata del contratto indicata nella polizza.
- 2 Durata del contratto
- Se il periodo di assicurazione è di almeno un anno, il contratto si proroga automaticamente ciascuna volta di un ulteriore anno se non viene disdettato per iscritto 3 mesi prima della scadenza del periodo assicurativo. Se il periodo assicurativo è stabilito per un periodo inferiore ad un anno, il contratto termina automaticamente senza che sia necessaria una disdetta.

Articolo 23

Disdetta e risoluzione del contratto

- 1 Disdetta dopo un sinistro
- 1.1 In caso l'assicuratore abbia riconosciuto dopo un sinistro il diritto alla liquidazione di un risarcimento, entrambe le parti hanno facoltà di disdettare il contratto se l'intero risarcimento dalla decorrenza del contratto, al massimo però nell'ultimo anno trascorso, superi i premi previsti per questo periodo.
- Entrambe le parti rinunciano tuttavia a questo diritto di disdetta in caso di sinistro, se il superamento di questo limite viene determinato da un unico sinistro.
- 1.2 Indipendentemente da ciò hanno facoltà di disdetta
- l'assicuratore in tutti i casi di frode assicurativa messe in atto o tentata dal Contraente ossia da persone che hanno diritto alla prestazione secondo quanto indicato nel contratto
 - il Contraente, se l'assicuratore si rifiuta di provvedere al risarcimento maturato contrariamente ai termini legali.
- 1.3 La disdetta si potrà inoltrare in qualunque momento, tuttavia non oltre un mese dalla conclusione delle trattative per il risarcimento.
- 1.4 L'assicuratore deve rispettare un termine di disdetta di un mese. In caso che il Contraente abbia avanzato dolosamente una pretesa di risarcimento inesistente, l'assicuratore ha diritto di disdettare il contratto con efficacia immediata contestualmente al rifiuto del risarcimento.
- 1.5 Il Contraente non potrà disdettare il contratto con efficacia da un termine successivo alla scadenza dell'attuale periodo assicurativo.
- 2 Se l'assicuratore ha concesso uno sconto sul premio in considerazione della durata originaria del contratto, potrà in caso di disdetta anticipata del contratto, esigere il rimborso del maggior importo che sarebbe stato pagato quale premio se la durata del contratto si fosse limitata al periodo in cui esso effettivamente era valido. Il pagamento della differenza non si potrà esigere, se l'assicuratore abbia respinto erroneamente la prestazione per il risarcimento o abbia disdettato il contratto di assicurazione dopo il sinistro.

Articolo 24

Posizione delle persone che partecipano al contratto

- 1 L'assicurazione per gli infortuni potrà essere stipulata contro gli infortuni che accadano al Contraente o ad un'altra persona.
- L'assicurazione contro gli infortuni che accadono ad un'altra persona viene, in caso di dubbio, considerata stipulata per conto dell'altra persona. Le norme dei §§ da 75 a 79 della legge austriaca sui contratti di assicurazione sono da applicare in quanto l'esercizio dei diritti derivanti dal contratto spetti al Contraente.
- Se un'assicurazione contro gli infortuni che accadano ad un'altra persona viene stipulata dal Contraente per conto proprio, per la validità del contratto è necessario l'assenso scritto dell'altra persona. Se quest'ultima è incapace di agire o la sua capacità di agire risulta limitata e la rappresentanza negli affari concernenti la sua persona spetta al Contraente, questo non può rappresentare l'altra persona per il conferimento dell'assenso.
- 2 Tutte le disposizioni valide per il Contraente dell'assicurazione si applicano conformemente anche alle persone assicurate e agli aventi causa. Queste persone sono tenute insieme al Contraente all'adempimento dei obblighi tra cui quelli riguardo alla riduzione dei danni e al salvataggio.

Articolo 25

Foro competente

Il Contraente dell'assicurazione e la persone assicurate che abbiano diritto a far valere direttamente i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, potranno farlo anche agendo in giudizio presso la circoscrizione giudiziaria ove si trova la sede principale, il domicilio abituale o la residenza nel territorio nazionale.

Articolo 26

Modalità di comunicazione

Le comunicazioni e dichiarazioni saranno valide unicamente in forma scritta.

Anhang

Tavole di rendita vitalizia

Secondo la tavola di mortalità austriaca MÖ 1980/82 e secondo il tasso d'interesse annuale del 3% (Art. 7, Punto 9).

Somma annuale per la rendita vitalizia mensile da pagare in anticipo, per un calcolo in base a un valore capitale di 72,67 EUR.

Età	75	76	77	78	79	80
Rendita annuale (EUR)	11,29	11,90	12,55	13,25	14,00	14,80

APPENDICE

GLOSSARIO DEI TERMINI TECNICI UTILIZZATI NELLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE

Aree Geografiche:

Area Euro: Austria, Belgio, Francia, Finlandia, Germania, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna;

Unione Europea: Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Estonia, Francia, Finlandia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria;

Nord America: Canada e Stati Uniti d'America;

Pacifico: Australia, Giappone, Hong kong, Nuova Zelanda, Singapore;

Paesi Emergenti: Paesi le cui economie presentano interessanti prospettive di crescita e caratterizzati generalmente da una situazione politica, sociale ed economica instabile; tali paesi presentano, di norma, un debito pubblico elevato ovvero con rating basso (inferiore ad investment grade) e sono quindi contraddistinti da un significativo rischio di insolvenza.

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto e che può anche coincidere con l'investitore-contraente.

Benchmark: Portafoglio di strumenti finanziari tipicamente determinato da soggetti terzi e valorizzato a valore di mercato, adottato come parametro di riferimento oggettivo per la definizione delle linee guida della politica di investimento di alcune tipologie di fondi interni/OICR/linee/combinazioni libere.

Beneficiario: Persona fisica o giuridica designata dall'investitore-contraente, che può anche coincidere con l'investitore-contraente stesso e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Capitale investito: Parte dell'importo versato che viene effettivamente investita dall'Impresa di assicurazione in fondi interni ovvero OICR secondo combinazioni libere ovvero secondo combinazioni predefinite. Esso è determinato come differenza tra il Capitale Nominale e i costi di caricamento, nonché, ove presenti, gli altri costi applicati al momento del versamento.

Capitale maturato: Capitale che l'assicurato ha il diritto di ricevere alla data di scadenza del contratto ovvero alla data di riscatto prima della scadenza. Esso è determinato in base alla valorizzazione del capitale investito in corrispondenza delle suddette date.

Capitale nominale: Premio versato per la sottoscrizione di fondi interni ovvero OICR secondo combinazioni libere ovvero secondo combinazioni predefinite al netto delle spese di emissione e dei costi delle coperture assicurative.

Categoria: La categoria del fondo interno/OICR/linea/combinazione libera è un attributo dello stesso volto a fornire un'indicazione sintetica della sua politica di investimento.

Classe: Articolazione di un fondo/OICR in relazione alla politica commissionale adottata e ad ulteriori caratteristiche distintive.

Clausola di riduzione: Facoltà dell'investitore-contraente di conservare la qualità di soggetto assicurato, per un capitale ridotto (valore di riduzione), pur sospendendo il pagamento dei premi. Il capitale si riduce in proporzione al rapporto tra i premi versati e i premi originariamente previsti, sulla base di apposite - eventuali - clausole contrattuali.

Combinazioni libere: Allocazione del capitale investito tra diversi fondi interni/OICR realizzata attraverso combinazioni libere degli stessi sulla base della scelta effettuata dall'investitore-contraente.

Combinazioni predefinite (c.d. linee di investimento o linee): Allocazione del capitale investito tra diversi fondi interni/OICR realizzata attraverso combinazioni predefinite degli stessi sulla base di una preselezione effettuata dall'impresa di assicurazione.

Commissioni di gestione: Compensi pagati all'impresa di assicurazione mediante addebito diretto sul patrimonio del/la fondo interno/OICR/linea/combinazione libera ovvero mediante cancellazione di quote per remunerare l'attività di gestione in senso stretto. Sono calcolati quotidianamente sul patrimonio netto del/la fondo interno/OICR/linea/combinazione libera e prelevati ad intervalli più ampi (mensili, trimestrali, ecc.). In genere, sono espresse su base annua.

Commissioni di incentivo (o di performance): Commissioni riconosciute al gestore del/la fondo interno/OICR/linea/combinazione libera per aver raggiunto determinati obiettivi di rendimento in un certo periodo di tempo. In alternativa possono essere calcolate sull'incremento di valore della quota del/la fondo interno/OICR/linea/combinazione libera in un determinato intervallo temporale. Nei fondi interni/OICR/linee/combinazioni libere con gestione "a benchmark" sono tipicamente calcolate in termini percentuali sulla differenza tra il rendimento del/la fondo interno/OICR/linea/combinazione libera e quello del benchmark.

Composizione del fondo: Informazione sulle attività di investimento del fondo relativamente alle principali tipologie di strumenti finanziari, alla valuta di denominazione, alle aree geografiche, ai mercati di riferimento e ad altri fattori rilevanti.

Comunicazione in caso di perdite: Comunicazione che la società invia al contraente qualora il valore finanziario del contratto si riduce oltre una determinata percentuale rispetto ai premi investiti.

Controvalore delle quote: Vedi capitale maturato.

Conversione (c.d. Switch): Operazione con cui il sottoscrittore effettua il disinvestimento di quote/azioni dei fondi interni/OICR/linee sottoscritti e il contestuale reinvestimento del controvalore ricevuto in quote/azioni di altri fondi interni/OICR/linee.

Costi di caricamento: Parte del premio versato dall'investitore-contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.

Costi delle coperture assicurative: Costi sostenuti a fronte delle coperture assicurative offerte dal contratto, calcolati sulla base del rischio assunto dall'assicuratore.

Costo della garanzia di rendimento: Costo relativo alla garanzia, prestata dalla società, di attribuire alle prestazioni assicurate un determinato rendimento finanziario, alla scadenza contrattuale o ad epoche intermedie in corso di contratto.

Costo della garanzia di restituzione del capitale: Costo relativo alla garanzia, prestata dalla società, di restituire un determinato importo di capitale, alla scadenza contrattuale o ad epoche intermedie in corso di contratto.

Costo di switch: Costo a carico del contraente nel caso in cui richieda il disinvestimento, anche parziale, ed il contestuale reinvestimento delle quote acquisite dal contratto in un altro fondo interno/OICR tra quelli in cui il contratto consente di investire.

Dati storici: Il risultato ottenuto in termini di rendimenti finanziari realizzati dal fondo negli ultimi anni, confrontati con quelli del benchmark.

Destinazione dei proventi: Politica di destinazione dei proventi in relazione alla loro redistribuzione agli investitori ovvero alla loro accumulazione mediante reinvestimento nella gestione medesima.

Duration: Scadenza media dei pagamenti di un titolo obbligazionario. Essa è generalmente espressa in anni e corrisponde alla media ponderata delle date di corresponsione di flussi di cassa (c.d. cash flows) da parte del titolo, ove i pesi assegnati a ciascuna data sono pari al valore attuale dei flussi di cassa ad essa corrispondenti (le varie cedole e, per la data di scadenza, anche il capitale). È una misura approssimativa della sensibilità del prezzo di un titolo obbligazionario a variazioni nei tassi di interesse.

Estratto conto annuale: Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali i premi versati e quelli eventualmente in arretrato, il numero e il valore delle quote assegnate e di quelle eventualmente trattenute per il premio delle coperture di puro rischio o per commissioni di gestione o rimborsate a seguito di riscatto parziale, il valore della prestazione eventualmente garantita.

Fondo collegato: fondo interno/OICR nelle cui quote è possibile, in relazione al prodotto, allocare il capitale investito.

Fondi comuni d'investimento (aperti): Fondi d'investimento costituiti da società di gestione del risparmio, che gestiscono patrimoni collettivi raccolti da una pluralità di sottoscrittori e che consentono, in ogni momento e su richiesta, a questi ultimi la liquidazione della propria quota proporzionale. A seconda delle attività finanziarie nelle quali il patrimonio è investito si distinguono in diverse categorie quali azionari, bilanciati, obbligazionari, flessibili e di liquidità (o monetari).

Fondo armonizzato: Fondo d'investimento di diritto italiano ed estero assoggettato, ai sensi della legislazione comunitaria, ad una serie di regole comuni, (società di gestione, politiche di investimento e documentazione di offerta), allo scopo di contenere i rischi e salvaguardare i sottoscrittori.

Fondo di fondi: fondo interno/OICR il cui patrimonio in gestione viene investito principalmente in quote di OICR (c.d. OICR target).

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

Fondo interno/OICR protetto: Fondi nei quali è prevista l'adozione di particolari tecniche di gestione che mirano a minimizzare la possibilità di perdita del capitale investito o parte di esso, senza con ciò dar luogo ad una vera e propria garanzia di conservazione del capitale o di rendimento minimo prestata dalla società.

Fusione di fondi: Operazione che prevede la fusione di due o più fondi interni/OICR tra loro.

Gestione a benchmark di tipo attivo: Gestione legata alla presenza di un parametro di riferimento, rispetto a cui la politica di investimento del/la fondo interno/OICR/ linea/combinazione libera è finalizzata a creare "valore aggiunto". Tale gestione presenta tipicamente un certo grado

di scostamento rispetto al benchmark che può variare, in termini descrittivi, tra: “contenuto”, “significativo”, e “rilevante”.

Gestione a benchmark di tipo passivo: Gestione legata alla presenza di un parametro di riferimento e finalizzata alla replica dello stesso.

Giorno di valorizzazione: Giorno lavorativo di riferimento per il calcolo del valore complessivo netto del fondo interno/OICR e conseguentemente del valore unitario della quota del fondo interno/OICR stesso.

Grado di rischio: Indicatore sintetico qualitativo del profilo di rischio del/la fondo interno/OICR/linea/combinazione libera in termini di grado di variabilità dei rendimenti degli strumenti finanziari in cui è allocato il capitale investito. Il grado di rischio varia in una scala qualitativa tra: “basso”, “medio-basso”, “medio”, “medio-alto”, “alto” e “molto alto”.

Investitore-Contraente: il soggetto, persona fisica o giuridica, che può anche coincidere con l'assicurato, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al pagamento del premio. È titolare a tutti gli effetti del contratto.

Lettera di conferma di investimento dei premi: Lettera con cui la società comunica al contraente l'ammontare del premio lordo versato e di quello investito, la data di decorrenza della polizza, il numero delle quote attribuite al contratto, il loro valore unitario, nonché il giorno cui tale valore si riferisce (data di valorizzazione).

Leva finanziaria: effetto in base al quale risulta amplificato l'impatto sul valore del portafoglio delle variazioni dei prezzi degli strumenti finanziari in cui il fondo è investito. La presenza di tale effetto è connessa all'utilizzo di strumenti derivati.

Mercati regolamentati: per mercati regolamentati si intendono quelli iscritti dalla CONSOB nell'elenco previsto dall'art. 63, comma 2, ovvero nell'apposita sezione prevista dall'art. 67, comma 1, del D. Lgs. n. 58/98.

Modulo di proposta: Modulo sottoscritto dall'investitore-contraente con il quale egli manifesta all'impresa di assicurazione la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

OICR: Organismi di investimento collettivo del risparmio, in cui sono comprese le società di gestione dei fondi comuni d'investimento e le SICAV.

Orizzonte temporale di investimento consigliato: Orizzonte temporale consigliato espresso in termini di anni e determinato in relazione al grado di rischio, alla tipologia di gestione e alla struttura dei costi dell'investimento finanziario, nel rispetto del principio della neutralità al rischio.

Overperformance: Soglia di rendimento del fondo interno/OICR a cui è collegato il contratto oltre la quale la società può trattenere una parte dei rendimenti come costi (commissioni di performance o incentivo).

Premio periodico: Premio che l'investitore-contraente si impegna a versare all'impresa di assicurazione su base periodica per un numero di periodi definito dal contratto. Nel caso in cui la periodicità di versamento dei premi sia annua è anche detto premio annuo. Laddove l'importo del premio periodico sia stabilito dall'investitore-contraente nel rispetto dei vincoli indicati nelle Condizioni di contratto, esso è anche detto premio ricorrente.

Premio unico: Premio che l'investitore-contraente corrisponde in un'unica soluzione all'impresa di assicurazione al momento della sottoscrizione del contratto.

Premio versato: Importo versato dall'investitore-contraente all'impresa di assicurazione per l'acquisto del prodotto finanziario-assicurativo. Il versamento del premio può avvenire nella forma del premio unico ovvero del premio periodico e possono essere previsti degli importi minimi di versamento. Inoltre, all'investitore-contraente è tipicamente riconosciuta la facoltà di effettuare successivamente versamenti aggiuntivi ad integrazione dei premi già versati.

Prodotto finanziario-assicurativo di tipo unit linked: Prodotto caratterizzato dall'investimento prevalente del premio in quote/azioni di fondi interni/OICR - che lega quindi la prestazione dell'assicuratore all'andamento di uno o più prodotti di risparmio gestito - e residuale dello stesso in un contratto finalizzato alla copertura dei rischi demografici.

Proposta d'investimento finanziario: Espressione riferita ad ogni possibile attività finanziaria (ovvero ogni possibile combinazione di due o più attività finanziarie) sottoscrivibile dall'investitore-contraente con specifiche caratteristiche in termini di modalità di versamento dei premi e/o regime dei costi tali da qualificare univocamente il profilo di rischio-rendimento e l'orizzonte temporale consigliato dell'investimento finanziario. Laddove un'attività finanziaria (ovvero una combinazione di due o più attività finanziarie) sia abbinata ad appositi servizi/prodotti che comportino una sostanziale modifica del profilo di rischio-rendimento dell'investimento, ciò qualifica una differente proposta d'investimento finanziario.

Qualifica: La qualifica del fondo interno/OICR/linea/combinazione libera rappresenta un attributo eventuale che integra l'informativa inerente alla politica gestionale adottata.

Quota: Unità di misura di un fondo interno/OICR. Rappresenta la "quota parte" in cui è suddiviso il patrimonio del fondo interno/OICR. Quando si sottoscrive un fondo interno/OICR si acquista un certo numero di quote (tutte aventi uguale valore unitario) ad un determinato prezzo.

Rating o merito creditizio: è un indicatore sintetico del grado di solvibilità di un soggetto (Stato o impresa) che emette strumenti finanziari di natura obbligazionaria ed esprime una valutazione circa le prospettive di rimborso del capitale e del pagamento degli interessi dovuti secondo le modalità ed i tempi previsti. Le principali agenzie internazionali indipendenti che assegnano il rating sono Moody's, Standard & Poor's e Fitch-IBCA. Tali agenzie prevedono diversi livelli di rischio a seconda dell'emittente considerato: il rating più elevato (Aaa per Moody's e AAA per Standard & Poor's e Fitch-IBCA) viene assegnato agli emittenti che offrono altissime garanzie di solvibilità, mentre il rating più basso (C per tutte le agenzie) è attribuito agli emittenti scarsamente affidabili. Il livello base di rating affinché l'emittente sia caratterizzato da adeguate capacità di assolvere ai propri impegni finanziari è rappresentato dal cosiddetto investment grade [pari a Baa3 (Moody's) o BBB- (Standard & Poor's e Fitch-IBCA)].

Recesso: Diritto dell'investitore-contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Regolamento del fondo: Documento che riporta la disciplina contrattuale del fondo d'investimento, e che include informazioni sui contorni dell'attività di gestione, la politica d'investimento, la denominazione e la durata del fondo, gli organi competenti per la scelta degli investimenti ed i criteri di ripartizione degli stessi, gli spazi operativi a disposizione del gestore per le scelte degli impieghi finanziari da effettuare, ed altre caratteristiche relative al fondo.

Rendimento: Risultato finanziario ad una data di riferimento dell'investimento finanziario, espresso in termini percentuali, calcolato dividendo la differenza tra il valore del capitale investito alla data di riferimento e il valore del capitale nominale al momento dell'investimento per il valore del capitale nominale al momento dell'investimento.

Revoca della proposta: Possibilità, legislativamente prevista (salvo il caso di proposta-polizza), di interrompere il completamento del contratto di assicurazione prima che l'impresa di assicurazione comunichi la sua accettazione che determina l'acquisizione del diritto alla restituzione di quanto eventualmente pagato (escluse le spese per l'emissione del contratto se previste e quantificate nella proposta).

Rilevanza degli investimenti: termini di rilevanza (vedi tabella seguente) indicativi delle strategie gestionali del fondo interno/OICR, posti i limiti definiti nel Regolamento di gestione.

Definizione	Controvalore dell'investimento rispetto al totale dell'attivo del Fondo
Principale	>70%
Prevalente	Compreso tra il 50% e il 70%
Significativo	Compreso tra il 30% e il 50%
Contenuto	Compreso tra il 10% e il 30%
Residuale	<10%

Rimborso: tutti i casi per i quali la società corrisponde, ai sensi delle norme contrattuali, il capitale maturato all'avente diritto.

Riscatto: Facoltà dell'investitore-contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del capitale maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di contratto.

Riscatto parziale: Facoltà dell'investitore-contraente di chiedere la liquidazione del controvalore di una parte del numero di quote possedute al momento della richiesta, al netto degli eventuali costi previsti dalle condizioni contrattuali.

Rischio di base: Rischio che gli attivi destinati a copertura delle riserve non replichino esattamente il benchmark cui sono collegate le prestazioni.

Rischio demografico: Rischio di un evento futuro e incerto (ad es.: morte) relativo alla vita dell'investitore-contraente o dell'assicurato (se persona diversa) al verificarsi del quale l'impresa di assicurazione si impegna ad erogare le coperture assicurative previste dal contratto.

Rischio finanziario: Il rischio riconducibile alle possibili variazioni del valore delle quote dei fondi interni/OICR, che dipende dalle oscillazioni di prezzo delle attività finanziarie in cui il patrimonio dei fondi è investito.

Scadenza: termine del contratto che, in base alle condizioni contrattuali, può essere una data certa ovvero coincidere con la data di decesso dell'assicurato.

Scenari probabilistici dell'investimento finanziario: Trattasi degli scenari probabilistici di rendimento dell'investimento finanziario al termine dell'orizzonte temporale d'investimento consigliato, determinati attraverso il confronto con i possibili esiti dell'investimento in attività finanziarie prive di rischio al termine del medesimo orizzonte.

SICAV: Società di investimento a capitale variabile, dotata di personalità giuridica propria, assimilabile ai fondi comuni d'investimento nella modalità di raccolta e nella gestione del patrimonio finanziario ma differente dal punto di vista giuridico e fiscale, il cui patrimonio è rappresentato dal capitale della Società ed è costituito da azioni anziché quote.

Società: impresa di assicurazione autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'investitore-contraente stipula il contratto di assicurazione.

Società di gestione del risparmio (SGR): Società di diritto italiano autorizzate cui è riservata la prestazione del servizio di gestione collettiva del risparmio e degli investimenti.

Spese di emissione: Spese fisse (ad es. spese di bollo) che l'impresa di assicurazione sostiene per l'emissione del prodotto finanziario-assicurativo.

Switch: Operazione con la quale il contraente richiede il disinvestimento, anche parziale, ed il contestuale reinvestimento delle quote acquisite dal contratto in un altro fondo interno/OICR tra quelli in cui il contratto consente di investire.

Tipologia di gestione del fondo interno/OICR/linea/combinazione libera: La tipologia di gestione del/la fondo interno/OICR/linea/combinazione libera dipende dalla politica di investimento che lo/la caratterizza (c.d. di ingegnerizzazione finanziaria del prodotto). Esistono tre diverse tipologie di gestione tra loro alternative: “flessibile”, “a benchmark” e “a obiettivo di rendimento/protetta”. La tipologia di gestione “flessibile” deve essere utilizzata per fondi interni/OICR/linee/combinazioni libere la cui politica di investimento presenta un’ampia libertà di selezione degli strumenti finanziari e/o dei mercati, subordinatamente ad un obiettivo in termini di controllo del rischio; la tipologia di gestione “a benchmark” per i fondi interni/OICR/linee/combinazioni libere la cui politica di investimento è legata ad un parametro di riferimento (c.d. benchmark) ed è caratterizzata da uno specifico stile di gestione; la tipologia di gestione “a obiettivo di rendimento/protetta” per i fondi interni/OICR/linee/combinazioni libere la cui politica di investimento e/o il cui meccanismo di protezione sono orientati a conseguire, anche implicitamente, un obiettivo in termini di rendimento minimo dell’investimento finanziario.

Total Expense Ratio (TER): Rapporto percentuale, riferito a ciascun anno solare dell’ultimo triennio, fra il totale degli oneri posti a carico del/la fondo interno/OICR/linea/combinazione libera ed il patrimonio medio, su base giornaliera, dello stesso. In caso di esistenza di più classi di OICR, il TER dovrà essere calcolato per ciascuna di esse.

Turnover: Indicatore del tasso annuo di movimentazione del portafoglio dei fondi interni/OICR, dato dal rapporto percentuale fra la somma degli acquisti e delle vendite di strumenti finanziari, al netto dell’investimento e disinvestimento delle quote del fondo interno/OICR, e il patrimonio netto medio calcolato in coerenza con la frequenza di valorizzazione della quota.

Valore del patrimonio netto (c.d. NAV): Il valore del patrimonio netto, anche definito NAV (Net Asset Value), rappresenta la valorizzazione di tutte le attività finanziarie oggetto di investimento da parte del fondo interno/OICR, al netto degli oneri fiscali gravanti sullo stesso, ad una certa data di riferimento.

Valore della quota/azione (c.d. uNAV): Il valore unitario della quota/azione di un fondo interno/OICR, anche definito unit Net Asset Value (uNAV), è determinato dividendo il valore del patrimonio netto del fondo interno/OICR (NAV) per il numero delle quote/azioni in circolazione alla data di riferimento della valorizzazione.

Valorizzazione della quota: Operazione di calcolo del valore unitario della quota del fondo interno/OICR stesso in un determinato momento.

Volatilità: La volatilità rappresenta la variabilità dei prezzi di un’attività finanziaria in un determinato periodo di tempo. È generalmente calcolata come deviazione standard e misura quanto i rendimenti di un’attività si discostano dal rendimento medio storico. Quanto più alta è la volatilità di un fondo, tanto maggiore è stata l’oscillazione del valore della quota nel periodo di riferimento. È un indicatore di rischiosità: maggiore è la volatilità, maggiori saranno le opportunità di ottenere rendimenti elevati, ma maggiori saranno anche le potenziali perdite.

Volatilità media annua attesa: Indicatore sintetico del rischio, espresso come scostamento medio percentuale rispetto al rendimento atteso del fondo interno/OICR stesso in un determinato periodo di tempo.

Value at Risk (VaR): Indicatore sintetico del rischio. Dato un orizzonte temporale (ad esempio 1 mese, 3 mesi o 1 anno) tale indicatore fornisce informazioni sul rischio associato ad uno strumento finanziario (fondo di investimento, portafoglio di titoli) indicando il massimo rischio cui si può andare incontro esprimendolo in termini percentuali rispetto al capitale investito.