

ASSICURAZIONE A PREMIO ANNUO DI RENDITA VITALIZIA NON INDICIZZATA PAGABILE CON RATEAZIONE MENSILE ANTICIPATA IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA VERIFICATASI ENTRO IL PERIODO DI COPERTURA A FAVORE DEGLI ISCRITTI ALLA CIPAG – CASSA ITALIANA DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA GEOMETRI LIBERI PROFESSIONISTI.

Premesso

- Che CIPAG intende stipulare un'assicurazione a premio annuo di rendita vitalizia non indicizzata pagabile con rateazione mensile anticipata in caso di perdita di autosufficienza verificatasi entro il periodo di copertura a favore degli iscritti a CIPAG
- Che la Compagnia di Assicurazioni Poste Vita S.p.A. con sede a Roma (RM) è disponibile a fornire le prestazioni richieste

Viene stipulato il seguente contratto n. 22

Tra:

- **CIPAG** - Cassa Italiana di Previdenza ed Assistenza Geometri Liberi Professionisti, di seguito chiamata "Contraente"

e

- **Poste Vita S.p.A.**, di seguito chiamata "Società"

Contraente:

CIPAG – Cassa Italiana di Previdenza ed Assistenza Geometri Liberi Professionisti

Lungotevere Arnaldo da Brescia 4
00196 Roma
Codice fiscale 80032590582

Effetto:

dalle h.00 del 01/03/2015

Scadenza:

h. 00 del 01/03/2017

Poste Vita S.p.A.

00144, Roma (RM), Piazzale Konrad Adenauer, 3 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • www.postevita.it • Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale Euro 1.216.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 29149/2000, REA n. 934547 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00133 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alle delibere ISVAP n. 1144/1999, n. 1735/2000, n. 2462/2006 e n. 2987/2012 • Società capogruppo del gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Italiane S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.



SOMMARIO

Definizioni.....4

Condizioni Generali di Convenzione

Art. 1 - Effetto e durata della Convenzione.....6
Art. 2 –Modifiche.....6
Art. 3 - Facoltà di recesso annuale dalla Convenzione.....6
Art. 4 - Oggetto della Convenzione.....6
Art. 5 - Effetto della Copertura.....6
Art. 6 – Assicurati.....7
Art. 7 - Limiti di età.....7
Art. 8 - Termini per la trasmissione delle anagrafiche.....7
Art. 9 - Variazioni in corso d’anno degli assicurati.....7
Art. 10 – Pagamento e regolazione del premio.....8
Art. 11 - Clausola risolutiva espressa.....8

Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 – Assicurazione per conto altrui.....9
Art. 2 – Estensione territoriale..... 9
Art. 3 – Oneri fiscali.....9
Art. 4 – Altre assicurazioni..... 9
Art. 5 – Clausola broker.....9
Art. 6 – Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.....9
Art. 7 – Forma delle comunicazioni.....10
Art. 8 – Anagrafiche.....10
Art. 9 – Statistiche sinistri e adesioni individuali.....10
Art. 10 –Commissione paritetica.....10
Art. 11 – Collegio arbitrale.....10
Art. 12 – Foro competente.....11
Art. 13 – Rinvio alle norme di legge.....11
Art. 14 – Somma assicurata – Copertura Base Collettiva.....11
Art. 15 – Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva Individuale.....11
Art. 16 – Premio – Copertura Base Collettiva.....12
Art. 17 – Premio – Copertura Aggiuntiva Individuale.....12
Art. 18 – Garanzia dell’importo del premio.....12
Art. 19 – Definizione dello stato di non autosufficienza /
LTC (Long Term Care).....13
Art. 20 – Attività ordinarie della vita quotidiana.....14

Art. 21 – Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società.....	15
Art. 22 – Fase d’istruttoria.....	16
Art. 23 – Erogazione delle prestazioni.....	17
Art. 24 – Rivedibilità dello stato di non autosufficienza.....	17
Art. 25 – Carenza.....	18
Art. 26 – Rischi esclusi.....	18
Art. 27 – Partecipazione agli utili.....	20
Art. 28 – Coassicurazione, raggruppamento temporaneo e delega.....	20
Tabella Premio – Copertura Aggiuntiva Individuale (Allegato I).....	22

DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Assicuratore o Società	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di Assicurazione, con la quale la Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Assicurato	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.
Contraente	Cassa Italiana di Previdenza ed Assistenza dei Geometri Liberi Professionisti, di seguito solamente CIPAG, che stipula la presente Convenzione.
Convenzione	La disciplina che regola i rapporti tra la Contraente e la Società, costituita dalle presenti definizioni, dalle Condizioni Generali di Convenzione, dalle Condizioni Generali di Assicurazione.
Difetto Fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Evento	Il momento in cui si verifica il sinistro, ovvero la data di denuncia dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato alla Società
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Iscritto	Professionista iscritto alla CIPAG
Istituto di cura	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, casa di convalescenza e di soggiorno - pubblici o privati in Italia e all'estero - regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera anche in regime di degenza diurna. Sono esclusi di stabilimenti termali, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici.

Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Polizza	Documento che prova l'assicurazione
Premio	Somma dovuta dalla Contraente per il tramite del Broker alla Società a corrispettivo dell'assicurazione
Rischio	Probabilità che si verifichi un sinistro
Sinistro	Verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Somma assicurata	Somma di denaro garantita mensilmente dalla Società in caso di riconoscimento di stato di non autosufficienza
Società delegataria	La Compagnia di Assicurazione prescelta dalle Società co-assicuratrici a stipulare il contratto.

CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE

Art. 1 – Effetto e durata della Convenzione

La presente Convenzione stipulata tra la Società e la Contraente ha durata biennale, dalle ore 00.00 del giorno 01/03/2015 alle ore 00:00 del 01/03/2017 e potrà essere prorogata di 12 mesi su richiesta della CIPAG da inoltrare entro il 30/11/2016.

Ferma restando la durata biennale della Polizza, si precisa che, ai fini della regolamentazione delle inclusioni e/o delle esclusioni degli assicurati di cui all'art. 9, del pagamento dei premi assicurativi e di tutte quelle fattispecie che nel contratto fanno riferimento ad una disciplina annuale, si considerano come scadenze annuali, le seguenti date: ore 00:00 del 01.03.2016, ore 00:00 del 01.03.2017 e, in caso di proroga annuale, ore 00:00 del 01.03.2018.

La Società Assicuratrice, pertanto, dichiara espressamente di assumere tale prescrizione, senza che da ciò derivi per la Società medesima diritto ad alcun compenso o indennizzo.

Art. 2 – Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla Convenzione potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società se non in base ad apposita modifica alla Convenzione stessa accettata dalla Società e dalla Contraente.

Art. 3 – Facoltà di recesso annuale dalla Convenzione

E' facoltà della Società e della Contraente recedere annualmente dalla Convenzione con un preavviso di 180 gg tramite lettera raccomandata A.R. o tramite Posta Elettronica Certificata inviata da una delle parti.

Art. 4 – Oggetto della Convenzione

Oggetto della presente Convenzione è l'assicurazione per l'erogazione di una rendita, per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito dall'Art.19 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Le garanzie di cui all'Art.14 delle Condizioni Generali di Assicurazione – Somma assicurata copertura Base Collettiva, sono destinate all'adesione collettiva dei Professionisti e Pensionati in attività iscritti alla CIPAG così come previsto dal successivo Art.6 delle Condizioni Generali di Convenzione.

E' data la possibilità per ciascun assicurato di ampliare su base individuale e volontaria la copertura prevista dall'Art.14 delle Condizioni Generali di Assicurazione, così come stabilito all'Art.15 delle Condizioni Generali di Assicurazione – Somma assicurata copertura Aggiuntiva Individuale.

Art. 5 - Effetto della copertura

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno 01/03/2015, indicato all'art. 1 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per il pagamento del premio (prima rata, regolazione, scadenze successive) è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non

viene pagato il premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00.00 del sessantesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 00.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art.6 – Assicurati

Le garanzie di cui alla presente Convenzione sono prestate in forma collettiva con decorrenza dalla data di effetto della copertura, a favore dei Professionisti e Pensionati in attività iscritti alla CIPAG aventi diritto.

Le garanzie di cui alla presente Convenzione sono altresì prestate in forma collettiva, con le medesime modalità di cui al I comma, anche a favore dei Praticanti iscritti alla CIPAG.

Agli iscritti, di cui al I comma, che maturino il diritto alla pensione di vecchiaia, ovvero ai pensionati che cessino l'attività professionale è data la possibilità di mantenere l'assicurazione di cui alla presente Convenzione a titolo individuale, con onere a proprio carico, a condizione che non vi sia soluzione di continuità con l'adesione in forma collettiva quale Professionista o Pensionato in attività iscritto alla CIPAG.

Art. 7 – Limiti di età

L'assicurazione è valida per tutti i soggetti di cui all'Art.6 che al momento dell'attivazione della copertura prevista dalla presente Convenzione, non abbiano compiuto i 70 anni di età. Superato il limite di età di cui sopra, gli assicurati potranno rimanere in copertura sino alla scadenza della presente Convenzione a condizione, peraltro, che di anno in anno la loro adesione sia stata rinnovata senza soluzione di continuità.

Si precisa che per tutti coloro che hanno superato il suddetto limite di età di 70 anni l'assicurazione è comunque valida in continuità di copertura con la precedente polizza stipulata con Generali Italia Spa.

Art. 8 – Termini per la trasmissione delle anagrafiche

Per le adesioni in forma collettiva la Contraente avrà 90 giorni di tempo, dalla decorrenza della Convenzione, per la trasmissione delle anagrafiche degli iscritti aventi diritto alla Società.

Art. 9 – Variazioni in corso d'anno degli assicurati**• Inclusione di iscritti in corso d'anno.**

Possono essere assicurati i soggetti di cui all'Art. 6 che acquisiranno il diritto o si iscriveranno alla CIPAG nel corso del periodo di durata del contratto con decorrenza dalla data di acquisizione del diritto attestata dalla CIPAG o della domanda di iscrizione alla CIPAG, regolarmente presentata, attestata dal protocollo della CIPAG medesima; il rateo di premio relativo verrà pagato all'atto del conguaglio finale di cui all'art.10 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza del contratto, il premio verrà calcolato con la corresponsione dell'intero premio annuo. Per

tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il premio verrà calcolato con la corresponsione del 50% dell'intero premio annuo.

- **Esclusione di iscritti in corso d'anno**

Il venir meno dei requisiti di cui all'Art.6 non produce effetto ai fini della presente Convenzione fino alla scadenza dell'anno assicurativo. Tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo verranno posticipate alla scadenza annuale.

Art. 10 – Pagamento e regolazione del premio

Il premio annuale è versato dalla Contraente in unica rata annuale anticipata.

Le regolazioni avverranno su base annuale. La Contraente è obbligata a comunicare alla Società entro 60 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo annuo i dati necessari alla regolazione. Il pagamento delle differenze attive risultanti deve essere effettuato entro 60 giorni dalla data del conto di regolazione emesso dalla Società. Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno.

Art. 11 – Clausola risolutiva espressa

La presente convenzione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del C.C., si risolverà di diritto al verificarsi di una delle situazioni di seguito indicate, fermo restando il diritto di CIPAG di agire per il risarcimento dei danni subiti:

1. subappalto delle prestazioni contrattuali senza autorizzazione di CIPAG;
2. cessione del contratto;
3. dopo tre inadempienze, contestate tramite raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata, in ordine alla perfetta esecuzione del servizio;
4. provvedimenti a carico dei rappresentanti dell'assicuratore di cui alla vigente normativa antimafia;
5. revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa;
6. violazione degli obblighi di riservatezza.

Roma, 26 gennaio 2015

Poste Vita S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Maria Bianca Farina

IL CONTRAENTE

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Assicurazione per conto Altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C.

Art. 2 – Estensione territoriale

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o estero) dove si verifica il sinistro.

Art. 3 – Oneri fiscali

Gli eventuali oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente.

Art. 4 – Altre assicurazioni

La Contraente è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. La Società entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 90 (novanta) giorni.

L'Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 5 – Clausola broker

CIPAG dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Società di brokeraggio assicurativo AON S.p.A. – P.I. n. 11274970158 – Matricola RUI: B000117871.

In deroga all'Art. 1901 c.c. e a quanto stabilito all'Art.10 delle Condizioni Generali di Convenzione, la Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e che tale pagamento è liberatorio per la Contraente.

Come da prassi nei rapporti di brokeraggio, per i servizi usufruiti CIPAG non erogherà al broker alcun compenso o rimborso spese. Il medesimo sarà retribuito dalla/e impresa/e di assicurazione aggiudicataria/e ed eventuali coassicuratrici nella percentuale del 4% dei premi versati.

Art. 6– Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Compagnia delegataria e/o le Compagnie coassicuratrici, fornitrice/i del servizio assicurativo assume/mono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art 3 legge 136/2010 e successive modifiche.

Art. 7 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere fatte con lettera raccomandata A.R. o con telefax o posta elettronica certificata.

Art. 8 – Anagrafiche

CIPAG si impegna a trasmettere alla Società l'aggiornamento dei dati degli Assicurati, tramite tracciato record concordato con la Società.

Rimane fermo che ai fini della validità della copertura assicurativa farà fede la dichiarazione della CIPAG, a prescindere dalla avvenuta comunicazione del nominativo dell'Assicurato alla Società.

Art. 9 – Statistiche sinistri e adesioni individuali

La Società fornirà trimestralmente, tramite supporto elettronico concordato con CIPAG, i seguenti dati: numero sinistro, dati anagrafici e n. matricola degli iscritti alla CIPAG, data denuncia e tempistiche di gestione dei sinistri (a titolo esemplificativo: data di invio del questionario e delle richieste di documentazione da parte della Società, data di restituzione del questionario compilato e dell'invio della documentazione da parte dell'Assicurato, data di chiamata a visita, data chiusura del sinistro), data liquidazioni (primo pagamento e pagamenti successivi), inoltre verranno indicati anche i sinistri rigettati e riservati, nonché qualsiasi altro dato richiesto nel rispetto della normativa della privacy (L. 196/03).

La Società, inoltre, si impegna a fornire su richiesta della CIPAG, i dati relativi alle adesioni individuali.

Art. 10 – Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, improntata al criterio di maggior favore nei confronti del Contraente/Assicurato, è demandata ad una apposita Commissione paritetica permanente composta da quattro membri designati due da CIPAG e due dalla Società.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

Art. 11 – Collegio arbitrale

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dell'Art.10, sarà competente un collegio arbitrale composto da tre membri, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato di accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo dal Presidente del Tribunale di Roma. L'arbitrato avrà sede in Roma. Gli arbitri giudicheranno nel rispetto delle norme del codice di procedura civile.

Art. 12 – Foro competente

Per la risoluzione di eventuali controversie il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto qui non sia diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 14 - Somma assicurata – Copertura Base Collettiva

La somma minima mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 19 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" corrisponde a **€ 1.380,00** – non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

Art.15 – Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva Individuale

E' data la possibilità agli Assicurati di cui all'Art 6 delle Condizioni Generali di Convenzione che già aderiscono alla Copertura Base di incrementare, a titolo individuale e volontario e con onere aggiuntivo a proprio carico, la somma assicurata di cui all'Art.14 delle Condizioni Generali di assicurazione che precede.

Ciascun assicurato potrà scegliere la somma assicurata aggiuntiva tra tre opzioni – alternative tra loro - per ciascuna delle quali è stabilito uno specifico premio da sommarsi a quello previsto per la Copertura Base.

In particolare, le somme mensili – alternative tra loro - garantite nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 19 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC " sono:

OPZIONE 1: € 300 – non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

OPZIONE 2: € 500 – non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

OPZIONE 3: € 700 - non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

L'adesione alla copertura aggiuntiva è subordinata alla compilazione di un questionario sanitario da parte degli interessati ed all'accettazione dell'adesione da parte della Società.

L'adesione alla copertura aggiuntiva con la scelta dell'opzione dovrà avvenire all'inizio di ciascuna annualità assicurativa ad eccezione delle adesioni in corso d'anno così come previste dall'Art.9 delle Condizioni Generali di Convenzione, I e II punto, per le quali è previsto un termine di 60 giorni dall'adesione stessa.

In caso di rinnovo annuale dell'adesione senza soluzione di continuità rispetto a quella dell'annualità precedente, l'assicurato non sarà tenuto alla compilazione di un nuovo questionario facendo fede il questionario compilato al momento della prima adesione. In caso di soluzione di continuità e di variazione di opzione, dall'opzione 1 all'opzione 2 o dall'opzione 1 all'opzione 3 o dall'opzione 2 all'opzione 3, sarà necessaria la compilazione di un nuovo questionario sanitario e l'accettazione della adesione/variazione da parte della Società.

Art. 16- Premio – Copertura Base Collettiva

Il premio annuo pari ad € 30,00 per ciascun Assicurato in forma collettiva, è a carico della Contraente.

In caso di prosecuzione volontaria, prevista dall'Art.6 delle Condizioni Generali di Convenzione, i premi annui per ciascun Assicurato, relativamente alla somma assicurata di cui all'Art.14, sono determinati in funzione dell'età dell'Assicurato, individuata in base agli anni compiuti dall'Assicurato stesso al momento dell'adesione in ciascuna annualità assicurativa. Gli importi dei premi sono determinati applicando alla somma assicurata di cui all'Art.14 i tassi di premio previsti per l'opzione 1 della copertura aggiuntiva individuale del successivo Art. 17, ridotti del 50%.

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art.19 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" libera l'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, al versamento dei premi per le scadenze successive al riconoscimento del suddetto stato.

Art. 17 - Premio – Copertura Aggiuntiva Individuale

I premi annui per ciascun Assicurato, sono determinati in funzione dell'età dell'Assicurato stesso, secondo l'allegata tabella, individuata in base agli anni compiuti al momento dell'adesione in ciascuna annualità assicurativa, comprensivi di oneri fiscali, relativamente alla somme assicurate di cui all'Art.15.

In caso di adesione in corso d'anno così come previsto dal penultimo comma dell'Art.15 delle Condizioni Generali di Assicurazione, i premi di cui sopra saranno dovuti interamente in caso di adesione nel corso del I semestre dell'annualità assicurativa e ridotti del 50% in caso di adesione nel corso del II semestre dell'annualità assicurativa.

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art.19 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" libera l'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, dal versamento dei premi per le scadenze successive al riconoscimento del suddetto stato.

Art. 18 - Garanzia dell'importo del premio

L'importo dei premi di cui agli Art.16 e 17 è garantito per tutta la durata della polizza a condizione che alla decorrenza della polizza e/o ad ogni ricorrenza annuale successiva:

- 1) la numerosità del gruppo non aumenti o diminuisca di oltre il 30% rispetto a quella indicata ai fini della quotazione;

e

- 2) l'età media del gruppo non aumenti di oltre cinque anni o diminuisca di oltre tre anni rispetto a quella indicata ai fini della quotazione.

Tale eventuale revisione potrà determinare di volta in volta un aumento o una diminuzione dei premi in corso.

Quanto sopra, in ogni caso, indipendentemente dal numero e dalle caratteristiche delle adesioni alla copertura aggiuntiva di cui all'Art.15 delle Condizioni Generali di Assicurazione

L'ammontare del nuovo premio annuo medio viene determinato con riferimento alla tariffa in vigore a tale epoca, considerando l'età della collettività assicurata dalla data di decorrenza del contratto. La Società invierà a CIPAG la comunicazione del nuovo importo di premio entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della eventuale comunicazione di CIPAG in merito alla variazione di rischio compresa l'eventuale disdetta della Convenzione.

Art. 19 - Definizione dello stato di non autosufficienza/ LTC (Long Term Care)

Ai sensi della presente Convenzione, è considerato in stato di non autosufficienza/LTC (Long Term Care) l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate all'Art. 20, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi Artt. 21 e 22.

Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali l'assicurato necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui all'Art. 20, l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Assicurato verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Assicurato a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive; la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche;
- la capacità intellettuale dell'Assicurato è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Assicurato stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

In ogni caso, la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

Art. 20 – Attività ordinarie della vita quotidiana

Per attività ordinarie della vita quotidiana si intendono:

1. lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo;
3. nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
4. andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
5. mobilità: la capacità di muoversi in casa da una stanza all' altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
6. spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

Art. 21 - Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art.19 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mini Mental State Examination di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'Art.19 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'Art.19 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, potrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato, sempreché il contratto non sia scaduto da oltre quattro mesi, dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;

oppure

- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Art.22 - Fase d'istruttoria

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società così come previsto dall'Art.19 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", questa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

Tempistiche di gestione:

- entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Società invia il questionario da compilare e richiedere ulteriore documentazione medica ove necessaria;
- entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva la Società, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Assicurato a visita;
- entro 120 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o meno richiesta la visita, la Società si impegna a dare riscontro all'assicurato, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza

Nel caso l'assicurato risulti in stato di non autosufficienza/LTC così come definito all'Art.19 , avrà diritto alle prestazioni con effetto dal momento della denuncia del sinistro sempreché la documentazione prodotta risulti esaustiva e sia possibile accertare che l'assicurato si trovava in stato di non autosufficienza/LTC già al momento della presentazione della denuncia; diversamente, dal momento in cui la documentazione prodotta è esaustiva e si può certamente riconoscere che l'assicurato si trova in stato di non autosufficienza/LTC.

Nel caso in cui l'assicurato risulti in stato di non autosufficienza/LTC così come definito all'Art. 19 la Società, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza richiederà all'assicurato le coordinate bancarie sulle quali procedere al pagamento di quanto dovuto, ferma restando la possibilità per l'assicurato di richiedere il pagamento tramite assegno bancario. Il pagamento da

parte della Società dovrà avvenire entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'assicurato.

Nei casi in cui l'assicurato non sia in stato di non autosufficienza/LTC così come definito all'Art. 19 la Società comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi, come da valutazione del medico incaricato dalla Società stessa, ed indicando la rivedibilità.

Nel caso di lungodegenza la Società si impegna, ferme le tempistiche di gestione di cui sopra, a sottoporre a visita l'assicurato ed a fornire a questi riscontro; in ogni caso, l'assicurato potrà presentare la cartella clinica, o in alternativa, una relazione medica redatta dalla struttura presso la quale è in corso il ricovero da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero.

La Società si impegna a fornire all'atto della stipulazione del contratto l'elenco dei documenti necessari per l'erogazione delle prestazioni e un fascicolo informativo contenente una guida all'utilizzo del servizio di liquidazione sinistri.

Art.23 – Erogazione delle prestazioni

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art.19 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'Art.14 "Somma assicurata – Copertura Base Collettiva" ed eventualmente all'Art.15 "Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva Individuale" - sotto forma di rendita mensile anticipata.

La Società corrisponde all'Assicurato quanto dovuto, tramite bonifico bancario oppure tramite assegno bancario, in forma di rendita mensile anticipata.

Art. 24 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Nel corso del periodo di erogazione della prestazione, la Società si riserva il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'Assicurato. In tale occasione, sarà richiesta almeno la presentazione di un certificato del medico curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza. La Società si riserva comunque la possibilità di richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, ovvero di farlo esaminare da un Medico di propria scelta.

Se dai suddetti accertamenti dovesse rilevarsi che non sussistono più i presupposti per l'erogazione della prestazione per perdita di autosufficienza, con effetto dalla data della propria richiesta, la Società potrà cessare l'erogazione della prestazione.

Rimane comunque fermo il diritto dell'assicurato di riproporre successivamente domanda per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dovuto a cause sopravvenute.

Durante il periodo di erogazione delle prestazioni, se l'Assicurato esce dallo stato di non autosufficienza è tenuto a darne comunicazione alla Società entro un periodo di 30 giorni.

Inoltre, gli eredi dell'Assicurato dovranno informare la Società dell'intervenuto decesso dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi alla data del decesso stesso. Le

eventuali prestazioni riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Società.

Art. 25 – Carenza

La garanzia decorre dopo un periodo di carenza di 12 mesi dalla data di adesione del singolo assicurato per la copertura Aggiuntiva ex Art.15.

Nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia conseguenza di patologie nervose o mentali dovute a causa organica (ad esempio, il morbo di Alzheimer o di Parkinson), i periodi di carenza di cui sopra sono rispettivamente di 12 mesi per la copertura Base ex Art.14 e 36 mesi per la copertura Aggiuntiva ex Art. 15

Nel caso di soluzione di continuità nell'adesione alla presente Convenzione i periodi di carenza di cui ai commi che precedono inizieranno a decorrere ex-novo dalla data di ri-adesione dell'assicurato.

Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia dovuto ad infortunio, malattia infettiva acuta o shock anafilattico avvenuti dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, non trova applicazione la carenza di cui ai precedenti capoversi. I casi di non autosufficienza conseguenti a malattie manifestatesi e/o diagnosticate durante i periodi di carenza, liberano la Società dagli obblighi contrattuali e causano la rescissione del contratto relativamente al singolo assicurato, con il conseguente rimborso dei premi versati al netto dei caricamenti.

Art. 26- Rischi esclusi

Sono esclusi tutti gli assicurandi che al momento dell'inizio della copertura si trovano nello stato di non riuscire a svolgere almeno una delle sei attività ordinarie della vita quotidiana di cui all'Art.20 delle Condizioni Generali di Assicurazione, oppure risultino già affetti da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica).

Nelle ipotesi sopra indicate, la Società non riconosce le prestazioni assicurate ed è tenuta a rimborsare un importo pari al rateo di premio non goduto, al netto dei relativi costi accessori.

E', inoltre, escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza causato direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- Dolo del Contraente o dell'Assicurato;
 - Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, tentato suicidio;
 - Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- Oltre a ciò non sono coperti dalla presente assicurazione, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atto di guerra avvenuti al di

fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso;

- Partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- Incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La garanzia tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Assicurato in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- Pratica anche puramente ricreativa delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce ghiacciate oltre il 3° grado (scala U.I.A.A – Unione Italiana Associazioni Alpine), partecipazione a corse, gare automobilistiche e con natanti a motore (e relative prove), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, speleologia, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere, rugby, football americano, hockey su ghiaccio, sport equestri in genere ad eccezione delle passeggiate avente carattere puramente ricreativo, corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico, sport aerei in genere.
- Fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- Negligenza, imprudenza e imperizia nel seguire consigli medici;
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata, manifestatasi nei primi 4 anni dalla data di decorrenza dell'assicurazione;
- Conseguenze di infortuni, difetti fisici, anomalie congenite (oppure handicap) e/o invalidità preesistenti già diagnosticate alla data di stipula dell'assicurazione;
- Malattie, stati patologici che avessero dato origine nei 12 mesi precedenti alla data di adesione dell'Assicurato alla Convenzione a ricovero ospedaliero per più di 7 giorni consecutivi ovvero ad una incapacità al lavoro per 4 settimane consecutive;
- Problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica.

Art. 27 - Partecipazione agli utili.

E' prevista la partecipazione agli utili in relazione all'andamento tecnico del contratto alla scadenza della Convenzione così come definita all'art. 1 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Dopo 9 mesi dal termine del periodo della Convenzione, a condizione che la stessa non sia stata anticipatamente annullata o disdettata dalla Contraente, verrà compilato uno speciale bilancio di partecipazione agli utili del periodo assicurativo nel quale figurino:

- all'attivo: il 70% dei premi imponibili raccolti dalla Società al netto delle provvigioni, compresi eventuali sovrappremi o integrazioni di premio applicate, per l'intero periodo assicurativo;
- al passivo: sinistri liquidati + le riserve tecniche accantonate per l'erogazione delle rendite relative ai sinistri già definiti (comprehensive anche delle eventuali rivalutazioni) + l'ammontare complessivo preventivato per la liquidazione dei sinistri pendenti.

L'eventuale saldo attivo risultante da tale bilancio, ridotto nella misura del 50% sarà devoluto alla Contraente.

Art. 28 - Coassicurazione, raggruppamento temporaneo e delega

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici ai sensi dell'art. 1911 del Codice Civile, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata. In deroga all'art. 1911 del Codice Civile, è stabilito il principio di solidarietà; pertanto la Società Delegataria, in via solidale, sarà comunque tenuta a rispondere nei confronti dell'assicurato e/o contraente, di tutti gli obblighi derivanti dal contratto.

Nel caso in cui le suddette Società siano invece temporaneamente raggruppate ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. n. 163/2006 tutte le Società sono responsabili in solido per il pagamento dell'indennizzo e la Società mandataria del raggruppamento è considerata Società Delegataria.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società Coassicuratrici hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti dal Broker incaricato, per conto del Contraente, unicamente nei confronti della Compagnia Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza per il quale le Società

Coassicuratrici conferiscono specifico mandato al Broker Incaricato che ne risponderà direttamente nei loro confronti.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

Roma, 18 febbraio 2015

Poste Vita S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Maria Bianca Farina

IL CONTRAENTE

ALLEGATO I

OPZIONE 1 (somma mensile non indicizzata € 300):	Premio annuo
fino a 22 anni	€ 4,44
da 23 a 25 anni	€ 4,44
da 26 a 28 anni	€ 4,44
da 29 a 31 anni	€ 4,44
da 32 a 34 anni	€ 4,44
da 35 a 37 anni	€ 5,56
da 38 a 40 anni	€ 6,67
da 41 a 43 anni	€ 8,89
da 44 a 46 anni	€ 13,33
da 47 a 49 anni	€ 16,67
da 50 a 52 anni	€ 20,00
da 53 a 55 anni	€ 24,44
da 56 a 58 anni	€ 32,22
da 59 a 61 anni	€ 48,89
da 62 a 64 anni	€ 65,56
da 65 a 67 anni	€ 83,33
da 68 a 69 anni	€ 114,44
da 70 a 71 anni (in continuità assicurativa)	€ 135,00
da 72 a 73 anni (in continuità assicurativa)	€ 155,56
74 anni (in continuità assicurativa)	€ 171,11

OPZIONE 2 (somma mensile non indicizzata € 500):	Premio annuo
fino a 22 anni	€ 7,78
da 23 a 25 anni	€ 6,67
da 26 a 28 anni	€ 6,67
da 29 a 31 anni	€ 6,67
da 32 a 34 anni	€ 7,78
da 35 a 37 anni	€ 8,89
da 38 a 40 anni	€ 11,11
da 41 a 43 anni	€ 14,44
da 44 a 46 anni	€ 21,11
da 47 a 49 anni	€ 26,67
da 50 a 52 anni	€ 32,22
da 53 a 55 anni	€ 41,11
da 56 a 58 anni	€ 52,22
da 59 a 61 anni	€ 82,22
da 62 a 64 anni	€ 107,78
da 65 a 67 anni	€ 138,89
da 68 a 69 anni	€ 190,00
da 70 a 71 anni (in continuità assicurativa)	€ 224,44
da 72 a 73 anni (in continuità assicurativa)	€ 258,89
74 anni (in continuità assicurativa)	€ 285,56

OPZIONE 3 (somma mensile non indicizzata € 700):	Premio annuo
fino a 22 anni	€ 10,00
da 23 a 25 anni	€ 10,00
da 26 a 28 anni	€ 10,00
da 29 a 31 anni	€ 10,00
da 32 a 34 anni	€ 11,11
da 35 a 37 anni	€ 12,22
da 38 a 40 anni	€ 14,44
da 41 a 43 anni	€ 20,00
da 44 a 46 anni	€ 30,00
da 47 a 49 anni	€ 36,67
da 50 a 52 anni	€ 44,44
da 53 a 55 anni	€ 56,67
da 56 a 58 anni	€ 73,33
da 59 a 61 anni	€ 114,44
da 62 a 64 anni	€ 151,11
da 65 a 67 anni	€ 194,44
da 68 a 69 anni	€ 266,67
da 70 a 71 anni (in continuità assicurativa)	€ 315,00
da 72 a 73 anni (in continuità assicurativa)	€ 363,33
74 anni (in continuità assicurativa)	€ 389,89

Roma, 18 febbraio 2015

Poste Vita S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Maria Bianca Farina

IL CONTRAENTE