

Fondazione di previdenza Raiffeisen

IDI CHE-110.385.127

| | |
|------------------|-----------------|
| Nome del cliente | Xxxxxx Xxxxxxxx |
| N. cliente | 000.000.000.0 |

Il suo contatto: Banca Raiffeisen XXXXXXXXXXXXXXXX, tel. +00 00 000 00 00 (di seguito denominata «Banca»)

Copertura degli obiettivi di risparmio presso la Fondazione di previdenza Raiffeisen, 9001 San Gallo (di seguito «Fondazione»)

Nome cognome Xxxxxx Xxxxxxxx **Data di nascita** 03.12.1988

(di seguito «persona da assicurare»/«persona assicurata»)

Conto per l'addebito del premio **CH00 0000 0000 0000 0000 0**

Svolge attualmente un'attività lucrativa? sì no (non è possibile la stipula di una copertura degli obiettivi di risparmio)

Copertura degli obiettivi di risparmio La copertura minima ammonta annualmente almeno a **CHF 2'000.00**
Nel primo anno assicurativo il premio viene riscosso pro rata (proporzionalmente).

Premio di rischio Secondo il listino prezzi in vigore (2023: 2.96%)

Contenuto dell'accordo

La Fondazione propone ai suoi beneficiari della previdenza di stipulare un'assicurazione degli obiettivi di risparmio nella previdenza vincolata 3a (copertura degli obiettivi di risparmio). In caso di persistente incapacità di guadagno fino all'età limite dichiarata, il raggiungimento dell'obiettivo di risparmio ai sensi della suddetta copertura degli obiettivi di risparmio e dell'allegato «Copertura degli obiettivi di risparmio – Condizioni generali di assicurazione (di seguito «CGA») viene garantito versando ogni anno l'importo coperto su un conto depositato presso una Banca Raiffeisen.

Per le prestazioni assicurate la Fondazione, in qualità di stipulante, ha concluso con Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita, Basilea, (di seguito «Helvetia»), in qualità di assicuratore e soggetto che si assume i rischi, un contratto di assicurazione vita collettiva (di seguito «contratto collettivo»). La persona da assicurare aderisce al contratto collettivo tramite l'accordo.

Inizio dell'assicurazione / Estinzione della copertura assicurativa

Se tutte le condizioni di ammissione sono soddisfatte, l'inizio dell'assicurazione è il 1° giorno del mese successivo alla data di sottoscrizione del presente accordo (art. 4 CGA). Per il primo anno viene calcolato un premio di rischio pro rata (proporzionale), che verrà addebitato il 1° gennaio dell'anno successivo sul conto di addebito del premio.

Gli altri premi di rischio devono essere pagati il 1° gennaio di ogni anno. Se l'importo dovuto non può essere addebitato sul conto di addebito del premio entro 4 settimane dalla scadenza, la copertura assicurativa si estingue ai sensi dell'art. 9 CGA.

Domande sullo stato di salute

- La sua capacità lavorativa risp. di guadagno è limitata? sì no
- Negli ultimi cinque anni precedenti la firma di questo accordo ha presentato una delle seguenti patologie: infarto, ictus, cancro, diabete mellito, insufficienza renale, sclerosi multipla, gravi infezioni (ad es. epatite B, epatite C, HIV), malattia mentale o reumatica? sì no

Non sussiste alcun diritto a prestazioni in particolare se l'incapacità di guadagno è dovuta a una malattia o a un evento che esisteva o si era già verificato al momento della stipula del presente accordo.

La persona assicurata conferma di aver risposto in maniera esaustiva e conforme alla verità a tutte le domande del presente accordo. La persona assicurata è anche responsabile delle informazioni in possesso di terzi. Si applicano inoltre le **CGA, «Fondazione di previdenza Raiffeisen- Regolamento»** nonché **«Prospetto condizioni – Previdenza»** nella rispettiva versione ag-giornata (con-

Disposizioni generali

Per «Banca» s'intende di seguito la Banca Raiffeisen menzionata nel documento «Copertura degli obiettivi di risparmio – Accordo» (di seguito «accordo») quale interlocutore. La Banca rappresenta la Fondazione di previdenza Raiffeisen, 9001 San Gallo (di seguito «Fondazione»). Nella misura in cui l'accordo oppure il documento «Copertura degli obiettivi di risparmio - Condizioni generali di assicurazione» (di seguito «CGA») non contengano disposizioni diverse, si applica «Fondazione di previdenza Raiffeisen- Regolamento» nella rispettiva versione aggiornata. Con il termine di «beneficiario della previdenza» utilizzato nel Regolamento s'intende in questo caso la «persona da assicurare» rispettivamente la «persona assicurata».

Per le prestazioni assicurate la Fondazione, in qualità di stipulante, ha concluso con Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita, Basilea, (di seguito «Helvetia»), in qualità di assicuratore e soggetto che si assume i rischi, un contratto di assicurazione vita collettiva (di seguito «contratto collettivo»). La persona da assicurare aderisce al contratto collettivo tramite l'accordo.

La Fondazione eroga servizi conformemente al contratto collettivo, come in particolare l'assistenza alla persona assicurata. La Fondazione risp. la Banca diventano pertanto l'interlocutore per la persona assicurata in tutte le questioni.

1. Obiettivo dell'assicurazione

Con l'assicurazione dell'obiettivo di risparmio (di seguito «copertura degli obiettivi di risparmio») all'insorgere dell'invalidità viene assicurata una rendita d'invalidità annua.

Con l'adesione al contratto collettivo la persona da assicurare ha la possibilità di stipulare un'assicurazione degli obiettivi di risparmio nella previdenza vincolata 3a. In caso di persistente incapacità di guadagno fino all'età limite dichiarata, il raggiungimento dell'obiettivo di risparmio ai sensi dell'accordo e delle presenti CGA viene garantito versando ogni anno l'importo assicurato su un conto depositato presso una Banca Raiffeisen a scelta della persona assicurata. La Fondazione eroga la prestazione assicurativa alla persona assicurata a carico di Helvetia.

2. Copertura assicurativa, esame dello stato di salute, riserva delle prestazioni

Al momento della stipula dell'assicurazione la persona da assicurare deve esercitare un'attività lucrativa. Le prestazioni assicurative vengono garantite senza riserva, purché la persona da assicurare, all'inizio dell'assicurazione, sia totalmente atta al lavoro risp. capace di svolgere attività lucrativa e abbia risposto «no» a tutte le domande sullo stato di salute dell'accordo.

Alle domande della Fondazione e di Helvetia in merito allo stato di salute vanno date risposte complete e veritiere. Con la sottoscrizione dell'accordo, Helvetia viene autorizzata a richiedere informazioni pertinenti a medici, terapisti, altro personale medico, istituzioni mediche, autorità, altre compagnie di assicurazione e altri soggetti terzi. La persona assicurata esonera espressamente medici, terapisti, altro personale medico, istituzioni mediche, autorità, istituzioni assicurative e altri soggetti terzi nonché il rispettivo personale ausiliario, da lei consultati, dal segreto d'ufficio, dal segreto professionale e dal segreto contrattuale, in particolare dal segreto assicurativo, e li autorizza a fornire a Helvetia, in particolare al suo servizio medico, le informazioni necessarie per il disbrigo del caso di prestazione. Questo consenso è valido a prescindere dal perfezionamento dell'accordo.

3. Violazione dell'obbligo di denuncia

Se al momento della presentazione della richiesta, la persona assicurata ha notificato in modo inesatto o ha taciuto una fattispecie di rischio rilevante che conosceva o doveva conoscere e su cui è stata interrogata per iscritto, tramite una dichiarazione scritta la Fondazione risp. Helvetia può recedere dall'accordo entro 4 settimane dopo essere venuta a conoscenza della violazione dell'obbligo di denuncia. La disdetta ha effetto dal momento in cui viene ricevuta dalla persona assicurata. Se l'accordo viene sciolto con disdetta, decade anche l'obbligo di prestazione della

Fondazione risp. di Helvetia per danni che si sono già verificati, l'insorgere o l'entità dei quali sono stati influenzati dalla mancata o incorretta denuncia di fattispecie di rischio rilevanti. Se ha già adempiuto all'obbligo di prestazione, la Fondazione risp. Helvetia hanno diritto al rimborso.

4. Inizio della copertura assicurativa

Se tutte le condizioni di ammissione sono soddisfatte, l'inizio dell'assicurazione è il 1° giorno del mese successivo alla data di sottoscrizione dell'accordo.

La persona assicurata ha la facoltà di revocare la copertura assicurativa entro 14 giorni dalla sottoscrizione dell'accordo senza incorrere in spese.

5. Giorno di riferimento del contratto

Va considerato come giorno di riferimento il 1° gennaio dell'anno. Nel giorno di riferimento vengono effettuati gli adeguamenti delle somme di prestazione, delle prestazioni e di premio.

6. Durata del contratto

La copertura degli obiettivi di risparmio è valida per un anno civile. In assenza di disdetta (cfr. art. 15) la durata viene di volta in volta tacitamente prolungata di un anno.

7. Età limite

La copertura assicurativa cessa con il raggiungimento dell'età pensionabile AVS ordinaria.

8. Adeguamento del premio di rischio

Se le condizioni alla base del calcolo dei premi sono mutate in misura notevole, la Fondazione può adeguare il tasso di premio concordato in base al «Prospetto condizioni – Previdenza». Il nuovo tasso di premio viene comunicato alla persona assicurata al più tardi tre mesi prima del successivo giorno di riferimento ed è valido a decorrere dal seguente anno assicurativo. In questo caso, la persona assicurata ha il diritto di disdire immediatamente le prestazioni assicurate entro la fine dell'anno in corso. La mancata disdetta da parte della persona assicurata è da intendersi come consenso all'adeguamento del premio.

9. Scadenza / Estinzione della copertura assicurativa

I premi di rischio vanno pagati in anticipo ogni anno al 1° gennaio e in tale data vengono direttamente addebitati sul conto di addebito del premio dichiarato. Nel primo anno assicurativo va versato un premio di rischio pro rata (proporzionale) a decorrere dall'inizio dell'assicurazione fino al 31 dicembre. Questo va versato il 1° gennaio dell'anno successivo e in tale data viene direttamente addebitato sul conto di addebito del premio.

Se l'importo dovuto non può essere addebitato sul conto di addebito del premio entro 4 settimane dalla scadenza, la copertura assicurativa si estingue una volta trascorso tale termine.

Prestazioni assicurate

10. Definizione e ammontare della somma di prestazione

Viene concordata la copertura minima o la copertura massima.

Nel primo anno assicurativo l'importo della somma di prestazione assicurata corrisponde alla copertura minima o massima dichiarata, indipendentemente da quanto è stato versato sui conti previdenza.

Dall'anno successivo, i depositi di risparmio dell'anno precedente effettuati sui conti previdenza valgono come base per la somma di prestazione assicurata. Se i depositi di risparmio effettuati sui conti previdenza sono inferiori alla somma di prestazione concordata, quest'ultima vale come somma assicurata. Ciò si applica anche nel caso in cui nell'anno civile non sono stati effettuati versamenti. Se per la copertura minima è stato versato più di quanto convenuto, l'importo complessivo vale come somma di prestazione.

La somma di prestazione massima assicurabile per persona assicurata corrisponde all'importo massimo annuo della previdenza vincolata 3a

00000/
AN00000000000000000000000000000000

per gli assicurati LPP. Se viene concordata la copertura massima, in caso di adeguamento attuato dal legislatore, la somma di prestazione viene adeguata automaticamente al nuovo importo massimo (copertura massima).

È escluso un aumento della somma di prestazione per casi in sospeso di incapacità al lavoro risp. al guadagno nonché per persone assicurate che svolgono un'attività lavorativa parziale. Pertanto, nei suddetti casi la somma di prestazione assicurabile è limitata alla somma di prestazione assicurata al momento dell'insorgere dell'incapacità al lavoro. Dopo l'insorgere dell'incapacità (parziale) di guadagno è esclusa qualsiasi prosecuzione dell'assicurazione.

11. Diritto alle prestazioni

Si ha un diritto di prestazione, se in seguito a malattia o a infortunio la persona assicurata viene a trovarsi in incapacità di guadagno senza interruzioni almeno nella misura del 40% per oltre 12 mesi (di seguito «tempo di attesa»), e se è presente una rispettiva decisione AI giuridicamente valida. L'erogazione della prestazione avviene retroattivamente alla data in cui è insorta l'incapacità al lavoro che ha comportato l'invalidità; senza tuttavia diritto a interessi di mora.

I premi di rischio vanno corrisposti fino al 31.12, dopo l'inizio dell'incapacità ininterrotta al lavoro.

L'incapacità di guadagno sussiste se la persona assicurata è invalida ai sensi della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI). I casi di invalidità vanno notificati senza indugio alla Banca, dopo il verificarsi dell'evento.

L'entità del diritto è stabilita in base al grado di invalidità accertato nella decisione AI. Sussiste un diritto:

- all'intera somma di prestazione (invalidità minima del 70%)
- a tre quarti della somma di prestazione (invalidità minima del 60%)
- a metà della somma di prestazione (invalidità minima del 50%)
- a un quarto della somma di prestazione (invalidità minima del 40%)

Il diritto alla prestazione si estingue con il decesso della persona assicurata, con la riduzione del grado di incapacità di guadagno al di sotto del 40% oppure con il raggiungimento dell'età limite.

È escluso un aumento delle prestazioni assicurative dopo l'insorgenza di un'invalidità parziale.

La ricomparsa di un'incapacità al lavoro risp. di guadagno per la stessa causa (ricaduta) va considerata come un nuovo evento con un nuovo tempo di attesa, nel caso in cui la persona assicurata sia stata prima della ricaduta di nuovo totalmente atta al lavoro risp. al guadagno per oltre un anno senza interruzioni. Nel caso di ricadute che si verificano nell'arco di un anno e non comportano un nuovo tempo di attesa, gli adeguamenti delle prestazioni nel frattempo attuati vengono revocati.

12. Esclusione delle prestazioni

Non sussiste alcun diritto a prestazione se:

- l'incapacità di guadagno è dovuta a una malattia o a un evento che esisteva o si era già verificato al momento della stipula dell'accordo;
- l'incapacità di guadagno della persona assicurata è dovuta a una colpa grave risp. a un crimine o delitto;
- l'incapacità di guadagno è la conseguenza della partecipazione, da parte della persona assicurata, ad agitazioni popolari o ad atti di guerra;
- oppure se la persona assicurata si oppone a un provvedimento d'integrazione dell'AI.

13. Pagamento delle prestazioni

Le prestazioni dovute diventano esigibili nel giorno di riferimento del contratto e vengono corrisposte esclusivamente su un conto della Banca Raiffeisen a favore della persona assicurata.

Le prestazioni sono considerate un'assicurazione di somma.

Disposizioni particolari

14. Uscita dall'assicurazione

Una persona assicurata esce dal contratto collettivo:

- se l'accordo tra la Fondazione e la persona assicurata viene sciolto o disdetto; oppure
- se la persona assicurata raggiunge l'età limite o muore.

Dopo l'insorgere dell'invalidità parziale è esclusa qualsiasi prosecuzione dell'assicurazione.

Alla data di uscita dal contratto collettivo si estingue anche il diritto alla prestazione. Non sussiste né una copertura suppletoria né il diritto al rimborso del premio. La prosecuzione dell'assicurazione è esclusa.

15. Disdetta

L'accordo può essere disdetto per iscritto da entrambe le parti (persona assicurata e Fondazione) non prima della fine del primo anno assicurativo. Con la disdetta, la copertura degli obiettivi di risparmio cessa sempre a fine anno. Affinché la disdetta sia valida, l'altra parte deve riceverla tre mesi prima della scadenza, ossia non oltre il 30 settembre. È fatta salva la disdetta da parte della Fondazione risp. di Helvetia conformemente all'art. 3.

16. Prescrizione

I diritti assicurativi cadono in prescrizione cinque anni dopo l'insorgere dell'evento assicurato.

17. Legge applicabile, foro competente e luogo di adempimento

Le CGA e il rapporto tra la persona assicurata e la Fondazione risp. Helvetia sono soggetti al diritto svizzero. Foro competente è il foro del luogo di adempimento. Il luogo di adempimento è quello in cui ha sede la Fondazione. La Fondazione ha facoltà di adempiere presso la sede della Banca. In caso di persone assicurate domiciliate all'estero, il luogo di adempimento è al tempo stesso anche luogo dell'esecuzione.

18. Modifica delle CGA

La Fondazione ha la facoltà di modificare le CGA unilateralmente in qualsiasi momento. Le modifiche devono essere comunicate alla persona assicurata in modo adeguato (avviso esposto in Banca, per iscritto o in modalità elettronica) e, in assenza di contestazioni entro 30 giorni, si intendono approvate.

19. Entrata in vigore

Le CGA entrano in vigore il 1° gennaio 2023 e sostituiscono quelle del 1° gennaio 2018.

Edizione 1° gennaio 2023

00000/
AN00000000000000000000000000000000