



Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Gruppo Cattolica Assicurazioni

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA MONO-ANNUALE AD ADESIONE FACOLTATIVA PER
IL CASO DI MORTE ED INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E/O MALATTIA
FASCICOLO INFORMATIVO – PRODOTTO ASSICURATIVO VITA**

Carismi Fido Protetto

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario e Modulo di proposta deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA MONO-ANNUALE AD ADESIONE FACOLTATIVA PER IL CASO DI MORTE ED INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E/O MALATTIA

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

Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

A – INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

1. Informazioni generali

- a) Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962, Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378;
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia;
- c) Telefono: 0458391111; sito Internet: www.cattolica.it; indirizzo di posta elettronica: cattolica@cattolicaassicurazioni.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 n. 966;
- e) Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00012.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2012 ammonta a 1.303 milioni di Euro (capitale sociale: 170 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 1.055 milioni di Euro).

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2012 risulta pari al 212%.

B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

L'assicurazione, salvo il verificarsi delle cause di cessazione di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione, ha una durata di un anno e si rinnova automaticamente alla scadenza di anno in anno, in mancanza di diversa volontà espressa a mezzo raccomandata A/R, inviata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza stessa.

Sono soggetti assicurabili coloro cui il Contraente abbia concesso un affidamento bancario, intendendosi per tale un fido di cassa o assimilato, ad esclusione di tutti i tipi di finanziamento a rimborso rateale ivi compresi i mutui ipotecari/chirografari. La copertura può essere estesa anche a persone giuridiche alle quali il Contraente abbia concesso un affidamento bancario; in tal caso l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica più direttamente interessata (titolare, amministratore, soci).

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) **Prestazione in caso di decesso:** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato. Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio;
- b) **Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia:** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale assicurato in caso di Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio e/o malattia dell'Assicurato prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato. Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

Avvertenza: sono previste esclusioni, periodi di sospensione e limitazione della copertura dei rischi; si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si invita l'Assicurato a leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla compilazione della Dichiarazione di buon stato di salute.

4. Premi

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare all'Intermediario un importo pari al premio calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo annuale.

Il premio, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'età e all'ammontare del capitale assicurato.

In caso di sopravvivenza e di non sopraggiunta Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato alla data di scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato medesimo, questa si intenderà estinta ed il premio acquisito dalla Compagnia.

Tabelle illustrative dei premi relativi all'assicurazione collettiva in forma di temporanea di gruppo per il caso di morte e di invalidità totale permanente da infortunio e/o malattia:

Capitale assicurato: € 50.000
Sesso: qualunque

Età	Durata: 1 anno Importi di premio
30	€ 88,50
35	€ 104,50
40	€ 135,00
45	€ 198,50
50	€ 309,00

Capitale assicurato: € 100.000
Sesso: qualunque

Età	Durata: 1 anno Importi di premio
30	€ 167,00
35	€ 199,00
40	€ 260,00
45	€ 387,00
50	€ 608,00

Capitale assicurato: € 150.000
Sesso: qualunque

Età	Durata: 1 anno Importi di premio
30	€ 245,50
35	€ 293,50
40	€ 385,00
45	€ 575,50
50	€ 907,00

Si precisa che gli importi di premio indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che l'Assicurato abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

I costi espliciti gravanti sul premio sono rappresentati nella tabella che segue:

Costi a carico dell'Assicurato	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in valore assoluto)
Cifra fissa pari a 10,00 Euro	0,00%	0,00 Euro (*)
41,00% del premio (al netto della cifra fissa)	85,37%	136,51 Euro (*)

(*)La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio pari a 400,00 Euro.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata del Fido bancario, la Compagnia restituisce all'Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato.

Si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

5.1.1 Costi gravanti sul premio

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio corrisposto.

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.
I costi gravanti sul premio sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Cifra fissa pari a 10,00 Euro
41,00% del premio (al netto della cifra fissa)

5.1.2 Spese per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata

In caso di estinzione anticipata del Fido bancario, la Compagnia trattiene 10,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

* * *

Nella Tabella B di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale del prodotto:

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
85,37%

6. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità fiscale dei premi

Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge (attualmente, una percentuale di detraibilità del 19% per un massimo di versamento annuo di 1.291,14 Euro).

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa) ed in caso di invalidità permanente.

Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.

D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

8. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto effettuando la disdetta del contratto stesso.

Il medesimo diritto di risoluzione del contratto relativo alle singole adesioni spetta altresì ai singoli Assicurati, che possono esercitare tale diritto sospendendo il pagamento dei premi.

Avvertenza: in tali casi le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato sospeso il pagamento dei premi o disdetto il contratto e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino al momento della risoluzione.

Si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

9. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.

10. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.

Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva.

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

11. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni, dei rimborsi e dei termini di prescrizione

Per la liquidazione delle prestazioni assicurative in contratto, i soggetti aventi diritto sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione indicata all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa.

In caso di sopravvenuta invalidità totale permanente da infortunio e/o malattia dell'Assicurato, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia stata accertata e riconosciuta (secondo le modalità indicate all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione), entro 30 giorni dalla data di accertamento.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

13. Lingua

Il contratto, ogni documento al medesimo allegato e le comunicazioni in corso di contratto vengono redatti in lingua italiana.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa - Servizio Reclami di Gruppo - Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) - Fax 045/8372354 - E-mail reclami@cattolicaassicurazioni.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo dell'Assicurato; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133745 o 06-42133353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

15. Comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Compagnia

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

16. Conflitto di interessi

La Compagnia si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Compagnia stessa abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.

In ogni caso la Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio all'Assicurato e si impegna a ricercare per l'Assicurato il miglior risultato possibile.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale

Paolo Bedoni


CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA MONO-ANNUALE AD ADESIONE FACOLTATIVA PER IL CASO DI MORTE ED INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E/O MALATTIA

Art. 1 – Oggetto.

Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio monoannuale, con la quale la Compagnia, in caso di Morte o di Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato come definito all'Art. 6.

Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia (di seguito ITP) l'Assicurato che a seguito di infortunio o di malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%.

In caso di sopravvivenza e di non sopraggiunta ITP dell'Assicurato alla data di scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato medesimo, questa si intenderà estinta ed il premio acquisito dalla Compagnia.

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte o Temporanea in caso di morte / Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione della dichiarazione di buon stato di salute.

Nel caso di mancata sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute, il presente contratto non produrrà effetti.

Per ciascun Assicurato, il capitale assicurato deve rispettare i seguenti limiti:

- il capitale minimo assicurabile è pari a 5.000,00 Euro;
- il capitale massimo assicurabile è differenziato in base all'età dell'Assicurato (al momento dell'ingresso in assicurazione ed ad ogni rinnovo successivo):
 - per età inferiori o uguali a 60 anni (età assicurativa), il capitale assicurato non può eccedere l'importo di 150.000,00 Euro;
 - per età superiori a 60 anni (età assicurativa), il capitale assicurato non può eccedere l'importo di 100.000,00 Euro. Pertanto qualora, ad ogni rinnovo annuale, il capitale assicurato risulti superiore a 100.000,00 Euro e l'Assicurato abbia raggiunto un'età superiore a 60 anni assicurativi, la Compagnia provvederà automaticamente a limitare il capitale assicurato al suddetto importo di 100.000,00 Euro.

Nel caso in cui venga richiesto un aumento o diminuzione del capitale assicurato, devono essere rispettati i limiti sopra indicati, con riferimento alla data di effetto della variazione del capitale stesso (cfr Art.6 delle presenti Condizioni di Assicurazione).

In presenza di altre coperture assicurative (collegate a Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto) che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Compagnia stessa o altre Compagnie:

- Qualora l'importo complessivamente assicurato non sia superiore a 200.000,00 Euro e l'Assicurato abbia un'età inferiore a 60 anni è richiesta la sola sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute.

In questo caso sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7.

Se l'età dell'Assicurato è pari o superiore a 60 anni è richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;

- Qualora l'importo complessivamente assicurato sia superiore a 200.000,00 Euro e fino a 300.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;
- Qualora l'importo complessivamente assicurato sia superiore a 300.000,00 Euro e fino a 500.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti.

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare all'Intermediario un importo pari al premio calcolato, secondo le modalità previste all'Art. 4, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo annuale.

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7, senza limiti territoriali e senza tenere conto dell'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato, fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati.

Il contratto fra Compagnia e Contraente è concluso dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione.

Il contratto ha durata pari ad un anno e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo facoltà delle parti di esercitare il diritto di disdetta.

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 della data in cui l'Assicurato stesso ha sottoscritto il Modulo di Adesione, sempre che sia stato pagato il premio.

Qualora il premio non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.

Art. 3 – Diritto di recesso.

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.

Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva.

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

Art. 4 – Il premio.

Il premio, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'età e all'ammontare del capitale assicurato.

Con riferimento alle sole nuove sottoscrizioni dell'anno, il primo premio da versare (al netto della cifra fissa, definita all'Art. 9) viene calcolato *pro rata temporis* facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura assicurativa riportata sul Modulo di Adesione e la data di fine anno. A tale importo viene sommata la cifra fissa.

In caso di estinzione anticipata del Fido bancario, la Compagnia restituisce all'Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (fine dell'anno dalla data di estinzione); più precisamente, tale parte di premio è calcolata *pro rata temporis* facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di estinzione del Fido e la fine dell'anno della data di estinzione stessa. In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato.

Dall'importo del premio da rimborsare, determinato con la regola sopra riportata, la Compagnia trattiene un costo fisso pari a 10,00 Euro.

Il versamento del premio di perfezionamento e dei successivi premi, avviene tramite Autorizzazione di addebito in conto corrente dell'Assicurato che viene sottoscritta nel Modulo di Adesione; tale autorizzazione implica l'addebito del premio di assicurazione presso il Contraente.

Nel caso in cui venisse estinto il conto corrente di appoggio utilizzato per l'addebito automatico di cui sopra, l'Assicurato dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia inviando una raccomandata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto effettuando la disdetta del contratto stesso.

La disdetta del contratto si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

Nel caso in cui la Compagnia riceva la richiesta di disdetta del contratto entro il 30 novembre, la disdetta (risoluzione del contratto) avrà effetto il 31 dicembre dello stesso anno di ricevimento della richiesta; altrimenti la disdetta avrà effetto il 31 dicembre dell'anno successivo.

In caso di disdetta del contratto le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato disdetto il contratto stesso e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino momento della risoluzione.

L'Assicurato ha la facoltà di risolvere il contratto relativo alla singola adesione sospendendo il pagamento dei premi.

La sospensione dei premi si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

Nel caso in cui la Compagnia riceva la richiesta di sospensione del pagamento dei premi entro il 30 novembre, la sospensione (risoluzione del contratto) avrà effetto il 31 dicembre dello stesso anno di ricevimento della richiesta; altrimenti la sospensione avrà effetto il 31 dicembre dell'anno successivo.

In caso di sospensione del pagamento dei premi le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato sospeso il pagamento dei premi e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino momento della risoluzione.

Art. 5 – Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato.

Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere il premio.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

La Compagnia rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del contratto di assicurazione, fatto salvo sempre il caso di dolo.

Art. 6 – Capitale assicurato.

Il capitale assicurato, indicato nel Modulo di Adesione, corrisponde al Fido Bancario concesso dal Contraente all'Assicurato e rimane costante per tutta la durata contrattuale, salvo richieste di aumento o

diminuzione del capitale stesso; le garanzie rimangono in vigore fintanto che il premio venga regolarmente corrisposto.

L'Assicurato ha la facoltà di variare il capitale assicurato, in aumento ed in diminuzione.

La variazione del capitale assicurato si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

Nel caso in cui la Compagnia riceva la richiesta di variazione del capitale assicurato entro il 30 novembre, la variazione avrà effetto a partire dalla data di rinnovo annuale successiva alla data richiesta; altrimenti la variazione avrà effetto a partire dalla data del secondo rinnovo annuale successivo.

Per ciascun Assicurato, il capitale assicurato deve rispettare i seguenti limiti:

– il capitale minimo assicurabile è pari a 5.000,00 Euro;
– il capitale massimo assicurabile è differenziato in base all'età dell'Assicurato (al momento dell'ingresso in assicurazione ed ad ogni rinnovo successivo):

- per età inferiori o uguali a 60 anni (età assicurativa), il capitale assicurato non può eccedere l'importo di 150.000,00 Euro;
- per età superiori a 60 anni (età assicurativa), il capitale assicurato non può eccedere l'importo di 100.000,00 Euro. Pertanto qualora, ad ogni rinnovo annuale, il capitale assicurato risulti superiore a 100.000,00 Euro e l'Assicurato abbia raggiunto un'età superiore a 60 anni assicurativi, la Compagnia provvederà automaticamente a limitare il capitale assicurato al suddetto importo di 100.000,00 Euro.

Nel caso in cui venga richiesto un aumento o diminuzione del capitale assicurato, devono essere rispettati i limiti sopra indicati, con riferimento alla data di effetto della variazione del capitale stesso.

Sulla base di quanto previsto anche all'Art. 1, il relativo indennizzo per sinistro non potrà superare gli importi di seguito indicati:

- 200.000,00 Euro se l'Assicurato ha un'età inferiore a 60 anni ed è stata quindi richiesta la sola compilazione della dichiarazione di buono stato di salute;
- 300.000,00 Euro se l'età dell'Assicurato è pari o superiore a 60 anni o comunque sia stata richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;
- 500.000,00 Euro qualora sia stata richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti.

I limiti di cui sopra sono da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto) che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con la Compagnia stessa o altre Compagnie.

Art. 7 – Rischio morte e invalidità totale permanente – Esclusioni e limitazioni delle garanzie.

A. ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il sinistro causato da:

- Dolo da parte del Contraente o dell'Assicurato nei confronti della Compagnia;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato ad azioni delittuose o dolose anche tentate;
- Partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra, guerre civili, atti di terrorismo e rivoluzioni, fatte salve quelle derivanti dagli adempimento degli obblighi richiesti dalla Legge italiana;
- Partecipazione dell'Assicurato a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo motore;
- Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- Decesso entro 5 anni dalla data di Decorrenza causato da sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o da altra patologia ad essa connessa;
- Invalidità totale e permanente causata da sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o da altra patologia ad essa connessa;
- Abuso d'alcool e/o uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili; Malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato nonché le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, verificatisi prima della data di Decorrenza e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;

- Trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti.

L'Assicurazione non opera e nessun indennizzo è previsto in caso di morte ed in caso di invalidità totale permanente da infortunio e/o malattia durante il Periodo di Carenza di 6 mesi a partire dalla data di effetto della copertura; in caso di aumento di capitale, sull'integrazione di capitale è applicato lo stesso Periodo di Carenza di 6 mesi a partire dalla data di effetto della variazione del Capitale Assicurato.

Art. 8 – Cessazione della garanzia per il caso di morte e per il caso di invalidità totale permanente da infortunio e/o malattia:

Tali garanzie cessano, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati:

- al raggiungimento di un'età assicurativa pari a 65 anni;
- alla data di cessazione del pagamento dei premi;
- alla data di estinzione del Fido, qualunque ne sia il motivo;
- alla data di pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
- alla data di sospensione del pagamento dei premi;
- alla data di disdetta del contratto da parte del Contraente.

Art. 9 – Costi.

Art. 9.1 – Costi gravanti sul premio

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio unico corrisposto.

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

I costi gravanti sul premio unico sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Cifra fissa pari a 10,00 Euro
41,00% del premio (al netto della cifra fissa)

Art. 9.2 – Spese per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata

In caso di estinzione anticipata del Fido bancario, la Compagnia trattiene 10,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

* * *

Nella Tabella B di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale del prodotto:

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
85,37%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.

Risultano ammissibili all'assicurazione coloro cui il Contraente abbia concesso un affidamento bancario, intendendosi per tale un fido di cassa o assimilato, ad esclusione di tutti i tipi di finanziamento a rimborso rateale ivi compresi i mutui ipotecari/chirografari.

La copertura può essere estesa anche a persone giuridiche alle quali il Contraente abbia concesso un affidamento bancario; in tal caso l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica più direttamente interessata (titolare, amministratore, soci).

Inoltre l'Assicurato deve avere un'età compresa tra i 18 e i 60 anni (età assicurativa), al momento dell'ingresso in assicurazione.

La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, al raggiungimento dell'età assicurativa pari a 65 anni.

Art. 11 – Durata.

La durata dell'assicurazione è pari ad un anno e si rinnova tacitamente, alla scadenza, di anno in anno, in mancanza di diversa volontà espressa a mezzo di lettera raccomandata A/R, inviata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza stessa.

Con riferimento alla durata della copertura assicurativa relativa ai singoli Assicurati si rimanda a quanto disciplinato agli Artt. 2 e 8.

Art. 12 – Conflitto di interessi.

La Compagnia si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Compagnia stessa abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.

In ogni caso la Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio all'Assicurato e si impegna a ricercare per l'Assicurato il miglior risultato possibile.

Art. 13 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente, l'Assicurato, i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato:

- richiesta sottoscritta dall'Assicurato.

In caso di estinzione anticipata:

- richiesta dell'Assicurato
- idonea documentazione, prodotta dal Contraente che ha concesso il Fido, che ne attesti l'estinzione anticipata.

In caso di decesso:

- originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici;
- copia firmata della documentazione prodotta per la concessione del Fido;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- richiesta di liquidazione dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- in presenza di testamento,
 - nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari);

- in assenza di testamento, atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesti la mancanza di testamento, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari in polizza);
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione.

Il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione fosse necessaria per la liquidazione della prestazione ed in particolare, nel caso in cui il decesso sia conseguenza di infortunio, di suicidio o di omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria.

Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario titolare del Contratto di Finanziamento.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

In caso di invalidità totale permanente da infortunio e/o malattia:

Entro 60 giorni dal giorno in cui è venuto a conoscenza del verificarsi dell'ITP o è avvenuto il sinistro invalidante, l'Assicurato e/o il Beneficiario devono comunicare alla Compagnia il verificarsi dell'ITP.

La denuncia va accompagnata dai documenti giustificativi dell'ITP dell'Assicurato ed inviata mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

La documentazione da fornire comprende:

- originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici;
- copia firmata della documentazione prodotta per la concessione del Fido;
- fotocopia fronte retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;
- nel caso in cui Beneficiario sia soggetto diverso dall'Assicurato, fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente sul quale andrà liquidata la polizza, qualora diverso dal Beneficiario;
- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, resisi necessari per gli infortuni che avrebbero determinato l'ITP;
- certificato medico redatto su apposito modulo fornito dalla Compagnia;
- eventuale certificato attestante l'ITP rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, completo di documentazione presentata per il rilascio;
- ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'ITP.

Entro 6 mesi dal ricevimento di tutta la documentazione completa, la Compagnia si impegna a pronunciarsi sulla sussistenza di un grado di ITP pari o superiore al 66%, sempreché non vi sia disaccordo tra le parti sulla valutazione dell'ITP ed a condizione che la Compagnia abbia a disposizione tutti gli elementi necessari alla valutazione stessa.

Qualora entro il suddetto termine l'ITP risulti in modo definitivo pari o superiore al 66% ovvero qualora l'ITP – ancorché non stabilizzata – risulti pari o superiore al 66% e la Compagnia non preveda il consolidamento per gradi inferiori al 66%, la Compagnia stessa accerta l'ITP.

Qualora, al contrario, l'ITP – non ancora stabilizzata – risulti pari o superiore al 66% ma la Compagnia preveda il consolidamento per gradi inferiori al 66%, la Compagnia si riserva di procedere ad ulteriori accertamenti. A seguito di tali ulteriori verifiche, in caso di consolidamento per gradi superiori al 66%, la Compagnia accerta l'ITP.

In caso di difficoltà di accertamento dell'ITP, la Compagnia potrà svolgere tutte le indagini e potrà sottoporre l'Assicurato alle visite mediche ritenute necessarie ai fini della valutazione dello stato di ITP.

Il Contraente si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia stata accertata e riconosciuta l'ITP, entro 30 giorni dalla data di accertamento.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato e/o dei Beneficiari.

Qualora l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.

L'Assicurato designa i Beneficiari della prestazione in caso di decesso.

In caso di invalidità totale permanente dell'Assicurato, quest'ultimo sarà soggetto Beneficiario.

L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Art. 15 – Imposte e tasse.

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico dei Beneficiari.

Art. 16 – Controversie.

Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia insorgano eventuali controversie sul grado di Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 17 – Foro competente.

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 18 – Prescrizione.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Art. 19 – Legge applicabile al contratto.

Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e l'Assicurato.
Assicurato	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica designata in polizza e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.
Capitale in caso di decesso	In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurativa.
Compagnia	Vedi "Società".
Condizioni di Assicurazione (o di polizza)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
Conflitto di interessi	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello degli Assicurati.
Contraente	Persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione collettiva.
Contratto (di assicurazione sulla vita)	Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Costi (o spese)	Oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritti (o interessi di frazionamento)	In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurativa.

Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Età assicurativa	L'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.
Fascicolo informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none"> - Nota Informativa; - Condizioni di Assicurazione, - Glossario; - Modulo di proposta.
Fido Bancario	Impegno assunto da una banca a mettere una somma a disposizione del cliente.
Garanzia assicurativa	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
Invalidità Totale Permanente	Si intende colpito da invalidità totale permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio e/o malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%.
ISVAP	Vedi "IVASS".
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Compagnia deve consegnare al Contraente e agli Assicurati prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio unico	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Prestazione assicurativa	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
Questionario Sanitario o anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Quietanza	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurativa.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo

versamento.

Sovrappremio

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Modulo di proposta
per prodotto assicurativo ad adesione denominato
CARISMI FIDO PROTETTO

La Compagnia, in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente nella presente proposta, corrisponderà le prestazioni specificate nel Fascicolo Informativo ai soggetti che intenderanno aderire alle coperture assicurative.

Ente _____ Collocatore _____ Cod. Prodotto **1**
Numero convenzione **63900**

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n. _____

CONTRAENTE (sulla base della Convenzione conclusa con la Compagnia)		
Ragione/Denominazione Sociale	Codice Fiscale/Partita IVA	
Luogo di costituzione	Data di costituzione	
Indirizzo sede legale	Provincia	C.A.P.
Comune	Ramo attività	Sottogruppo
Recapito	CAB Comune	Cod. paese
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' CONTRAENTE		
Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
ASSICURATI		
Soggetti che aderiranno all'Assicurazione Collettiva di cui alla presente proposta		
DATI TECNICI DI POLIZZA		
Data di decorrenza dell'Assicurazione Collettiva (Convenzione):	Scadenza:	
Capitale assicurato: come indicato in ogni singolo Modulo di Adesione		
Tipologia di Premio: UNICO		
Premio versato: Determinato come disciplinato dall'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione		
Costi:		
DATI IDENTIFICATIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE		
Documento di riconoscimento	Tipo documento	
Ente emittente e luogo	Data emissione	
Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver effettuato l'operazione sopra indicata, ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.		

Luogo e data _____

Società Cattolica di Assicurazione –
Società Cooperativa
(firma leggibile)

Il Contraente
(Timbro della Società e firma del
Legale Rappresentante)

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO I MODELLI DI CUI ALL'ART. 49 DI CUI AL REGOLAMENTO ISVAP N. 5 (7A E 7B) E PRESO VISIONE, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA: DELLA NOTA INFORMATIVA, DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E DEL GLOSSARIO.

Il Contraente

(Timbro della Società e firma del Legale Rappresentante)

Il Contraente si impegna sin d'ora a consegnare l'informativa precontrattuale e contrattuale ai singoli Assicurati all'atto della adesione all'Assicurazione Collettiva di cui alla presente polizza.

Il Contraente

(Timbro della Società e firma del Legale Rappresentante)

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere, ai sensi degli artt. 1892 o 1893 o 1894 del cod. civ., il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione sullo stato di salute.

L'Assicurato può chiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa e compilato da parte del medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Diritto di recesso. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni. Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza. Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione consegnategli. Accetta integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.

Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Luogo e data

Il Contraente

(Timbro della Società e firma del Legale Rappresentante)

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento del premio relativo alle coperture assicurative di ciascun Assicurato dovrà essere effettuato da quest'ultimo, mediante bonifico bancario per il tramite dell'Intermediario che lo rimetterà alla Compagnia.

Società Cattolica di Assicurazione –
Società Cooperativa
(firma leggibile)

Il Contraente
(Timbro della Società e firma del
Legale Rappresentante)

Luogo e data _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. il Contraente approva espressamente e sottoscrive la seguente clausola: Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati.

Luogo e data

Il Contraente
(Timbro della Società e firma del Legale Rappresentante)
