

FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

PAYMENT PROTECTION INSURANCE MUTUI

Convenzione Collettiva Numero: **454**

Prestazioni assicurate da:



**Società Cattolica di Assicurazione
Società Cooperativa**

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

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

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

La copertura assicurativa è facoltativa.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

- 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, Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012;
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia;
- c) Telefono: 045.8391111; sito Internet: www.cattolica.it, cattolica@cattolicaassicurazioni.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966;
- e) Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 1.303 milioni di euro (capitale sociale: 170 milioni di euro – totale riserve patrimoniali: 1.074 milioni di euro).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 3,48 ed è determinato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

3. Conflitto di interessi

La Società si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa ha 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 Società, pur in presenza di situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio al Contraente e si impegna ad ottenere per il Contraente il miglior risultato possibile.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Convenzione Collettiva

La presente Convenzione Collettiva, stipulata dalla Banca Contraente con la Compagnia ha durata annuale con tacito rinnovo.

Singole Coperture Assicurative

Le singole coperture assicurative sottoscritte dagli Assicurati mediante il Modulo di Adesione hanno durata pari ai primi 10 anni di durata del Mutuo/Finanziamento, senza tacito rinnovo.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli specifici articoli delle CGA Art. 4.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta del contratto da parte della Banca Contraente deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Polizza. In caso di disdetta, per le operazioni precedentemente assicurate e per ciascun Assicurato, la garanzia prestata resterà comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a corrispondere un Indennizzo nei casi sotto indicati:

1. **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT)** – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Autonomi*;
2. **Perdita di Impiego (PI)** – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Dipendenti*;
3. **Ricovero Ospedaliero (RO)** – garanzia prestata ai *Non Lavoratori*.

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

Per conoscere , in dettaglio le limitazioni e le Esclusioni derivanti dalla presente Polizza si rimanda rispettivamente ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT)** – Art. 28, 29;
- **Perdita di Impiego (PI)** – Art. 32, 33, 34;
- **Ricovero Ospedaliero (RO)** – Art. 36, 37, 38.;

4.3 AVVERTENZA - Franchigie Scoperti e Massimali

Per conoscere in dettaglio le Franchigie, gli scoperti e i Massimali applicabili alle singole garanzie si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio 26, 31, 35.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione di franchigie e massimali nel caso di un sinistro relativo alla garanzia Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):

1° caso

- periodo di ITT al lavoro comprovato: 05/09/2011 – 20/11/2011
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg; € 0,00

2° caso

- periodo di ITT al lavoro comprovato: 05/09/2011 – 20/03/2013
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg; 4 rate mensili x € 400,00 = € 1.600,00

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c..

5.2 AVVERTENZA - Cause di nullità e/o cessazione delle garanzie:

Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

1. alle ore 24:00 della decima ricorrenza annuale del contratto;
2. per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico.

In caso di cointestazione la copertura assicurativa rimane in vigore per gli altri Assicurati sino alla scadenza originariamente convenuta. (Art. 2 CGA)

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ..

7. Premio

La Banca Contraente della Convenzione e la Società confermano che il pagamento del premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca affinché operi un addebito in unica soluzione, sul Conto corrente dell'Assicurato pari all'importo del Premio assicurativo dovuto per tutta la durata stabilita all'interno del Modulo di Adesione al servizio assicurativo.

La frazione di mese viene considerata un'intera mensilità.

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Trattenuta all'erogazione: l'importo del premio è finanziato all'Assicurato dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento.

7.2 Costi gravanti sul premio

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

I costi espliciti gravanti sul premio unico sono rappresentati nelle tabelle che seguono:

Costi di acquisizione, gestione ed incasso	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi)
66%	92,42%

Tabella esemplificativa dei premi:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Età e sesso dell'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	120 mesi (10 anni)
Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 2000,00
Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 1951,22
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 1.287,80
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 1.1190,24

7.3 AVVERTENZA - Rimborso del Premio per estinzione anticipata del finanziamento

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo, la Compagnia restituisce al debitore/Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, limitatamente al caso di Pagamento del premio assicurativo in un'unica soluzione.

In caso di anticipata estinzione del Finanziamento i premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

Metodo di Rimborso su base Giornaliera

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando i giorni, (si fa riferimento all'anno commerciale di 360 giorni) residui di copertura (non goduti) per il rapporto tra il premio versato (al netto delle imposte) e i giorni totali di copertura inizialmente comunicati.

$$R = P * GR/D$$

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

GR = giorni residui di copertura

D = durata totale (in giorni) del finanziamento

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Mutuo	06/09/2010
Data Scadenza Mutuo	06/09/2015
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in giorni	1800
Giorni di copertura trascorsi	799
Giorni di copertura residui	1001

$$R = 1000 * 1001/1800$$

$$R = 556,11$$

In alternativa a quanto previsto al precedente punto la Compagnia, su richiesta del debitore/Assicurato fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

8. AVVERTENZA - Diritto di recesso

L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A.R, o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.) alla Banca Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia:

- **Fax: 045- 8391920**
- **Indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona.**

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione la Compagnia provvederà al rimborso totale del premio corrisposto.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Assicurato 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, per il tramite del Contraente o direttamente dall'Assicurato, 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 al Contraente il premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

10. Legge applicabile al contratto

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

11. Regime fiscale

I premi relativi alle garanzie Danni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

Per dare avviso scritto di Sinistro l'Assicurato o i suoi familiari devono compilare l'apposito modulo, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, e devono inoltrarlo alla Società (*) tramite raccomandata A.R. nei tempi di cui al precedente punto 1., unitamente alla documentazione del successivo punto.

(*) Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop
c/o "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED" – Servizio Sinistri
Via San Gregorio, 34 – 20124 Milano.
Numero Verde 800-394346

Per i documenti da inviare in caso di sinistro, si rimanda ai seguenti articoli delle CGA:

- *In caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT)* Art. 13 CGA
- *In caso di Perdita di Impiego (PI)*: Art. 13 CGA
- *In caso di ricovero ospedaliero (RO)*: Art. 13 CGA

Qualora l'Assicurato non fornisca la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop.
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.354
E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; 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, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133206, 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 Internet:

http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm

Si ricorda che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

14. AVVERTENZA - Arbitrato

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, è competente esclusivamente – a scelta della parte attrice – l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o sede dell'Assicurato

- Inabilità Totale Temporanea - Art. 30
- Ricovero Ospedaliero – Art. 39

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

Il Rappresentante Legale
(Dott. Paolo Bedoni)



GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato

Ciascuna delle persone fisiche, fino ad un massimo di due, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto di Mutuo e sottoscritto il Modulo di Adesione e presenti i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 2 del presente contratto di assicurazione.

Assicurazione

La garanzia concessa dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione in relazione al Contratto e a beneficio dell'Assicurato o degli Assicurati che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione.

Beneficiario

Il soggetto che beneficia delle prestazioni assicurative previste dal contratto.

Contraente

Cassa di Risparmio di San Miniato, che stipula il contratto di assicurazione per conto dei propri clienti;

Contratto

Il contratto di mutuo tra la Banca Contraente e l'Assicurato, con il quale la Banca Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, finalizzata a: acquisto della proprietà, ristrutturazione, ampliamento, costruzione, manutenzione ordinaria/straordinaria, esecuzione di opere di miglioramento e/o restauro, di un bene immobile, comprese eventuali spese accessorie (oneri notarili e fiscali), che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Banca Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, inclusivo di un eventuale periodo di pre-ammortamento.

Data Iniziale

Le ore 24.00 del giorno in cui è erogata a favore dell'Assicurato la somma oggetto del Contratto, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.

Decorrenza

Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Modulo di Adesione

La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato per aderire alla presente Convenzione Assicurativa Collettiva.

Perdita di Impiego

Lo stato dell'Assicurato, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione, il quale sia Lavoratore Dipendente, qualora egli:

- a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;
- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici, o percepisca un'indennità derivante da trattamento di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Inabilità Totale Temporanea

La perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazioni.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in base al contratto di assicurazione in caso di Sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l'Inabilità Totale Temporanea od il Ricovero Ospedaliero, la Inabilità Totale e Permanente e il Decesso.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. l'annegamento;
4. l'assideramento o il congelamento;
5. i colpi di sole o di calore;
6. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
7. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Intermediario Collocatore

Cassa di Risparmio di San Miniato.

Istituto di Cura

Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Lavoratore Autonomo

Chiunque abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono considerati Lavoratori Autonomi i cosiddetti "Lavoratori a Progetto".

Lavoratore Dipendente

Chiunque si sia obbligato a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 47, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate.

Malattia

Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Non Lavoratore

la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente.

Normale Attività Lavorativa

L'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitudine e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Periodo di Assicurazione

Il periodo di vigenza di ciascuna Assicurazione di cui al presente contratto di assicurazione,

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

Periodo di Franchigia Assoluta

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro dovuto a Inabilità Totale Temporanea o Perdita di Impiego, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

Periodo di Franchigia Relativa

Periodo di tempo nel quale deve protrarsi il Sinistro, indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.

Periodo di Riqualificazione

Periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Totale Temporanea o di Perdita di Impiego o di Ricovero Ospedaliero, liquidabile ai sensi del contratto di assicurazione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego o per Ricovero Ospedaliero.

Polizza

Il presente documento, che contiene la disciplina del contratto di assicurazione.

Premio

La somma in denaro comprensiva di imposte che la Banca Contraente deve alla Società in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Rata Protetta

L'importo mensile, fissato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e ivi indicato. Detto importo, comprensivo di capitale e interessi, è calcolato dalla Compagnia con modalità in parte diverse da quelle applicate dalla Banca nel piano di ammortamento della rata dovuta dall'Assicurato, o se del caso dagli Assicurati, alla Banca Contraente stessa in base al Contratto, mantenendo peraltro nel ricalcolo la periodicità mensile anche nel caso in cui la rata sia stata contrattualmente concordata con periodicità trimestrale o semestrale. L'importo protetto della rata rimarrà costante anche nel caso di modifiche dell'effettiva rata del mutuo da rimborsare che dovesse mutare nel tempo per effetto della naturale variazione del criterio di indicizzazione, qualora il mutuo sia a tasso indicizzato e non fisso o eventualmente del concorrere di altre variabili descritte nel contratto di mutuo medesimo.

Ricovero Ospedaliero

La degenza, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle condizioni particolari di assicurazione.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa con Sede Legale in Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo nei casi sotto indicati:

1. **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT)** – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Autonomi*;
2. **Perdita di Impiego (PI)** – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Dipendenti*;
3. **Ricovero Ospedaliero (RO)** – garanzia prestata ai *Non Lavoratori*.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone fisiche che:

1. siano clienti della Banca Contraente e abbiano stipulato con essa un Contratto di Mutuo;
2. abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
3. godano di buona salute, ovvero non siano affetti da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
4. svolgano, se Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti, la propria Normale Attività Lavorativa da almeno 12 mesi e non siano stati assenti, negli ultimi 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio, escluso il caso del Non Lavoratore;
5. abbiano un'età, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non inferiore a 18 anni, né superiore a 60 anni.
6. L'età dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore a 70 anni.

Nel caso in cui il Contratto di Mutuo sia sottoscritto congiuntamente da più persone, si considera assicurata ciascuna delle persone fisiche indicate nel Modulo di Adesione (fino a un massimo di 2), sempre che, rispetto a ognuna di esse, ricorrano le condizioni di assicurabilità sopra elencate.

In caso di pluralità di Assicurati ciascuno di essi è assicurato in proporzione al numero complessivo di Assicurati.

Ciascuno di essi è assicurato in proporzione per una quota pari al 50%.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero, Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato stesso.

Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Per ogni Assicurato, salvo il Periodo di Carenza previsto per le singole garanzie, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data il Contraente abbia adempiuto all'obbligo del pagamento dei Premi dovuti fino a tale data ai sensi del successivo

Art. 8 e che, in relazione all'Assicurato o, se del caso, agli Assicurati, risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.

L'Assicurazione ha durata pari ai primi 10 anni di durata del contratto di Mutuo successivi alla Data Iniziale e cessa alla scadenza di tale termine, o alla precedente data di scadenza del contratto di Mutuo.

Art. 5 - RIMBORSO DEL PREMIO

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo, la Compagnia restituisce al debitore/Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, limitatamente al caso di Pagamento del premio assicurativo in un'unica soluzione.

In caso di anticipata estinzione del Finanziamento i premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

Metodo di Rimborso su base Giornaliera

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando i giorni, (si fa riferimento all'anno commerciale di 360 giorni) residui di copertura (non goduti) per il rapporto tra il premio versato (al netto delle imposte) e i giorni totali di copertura inizialmente comunicati.

$$R = P * GR/D$$

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

GR = giorni residui di copertura

D = durata totale (in giorni) del finanziamento

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Mutuo	06/09/2010
Data Scadenza Mutuo	06/09/2015
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in giorni	1800
Giorni di copertura trascorsi	799
Giorni di copertura residui	1001

$$R = 1000 * 1001/1800$$

$$R = 556,11$$

In alternativa a quanto previsto al precedente punto la Compagnia, su richiesta del debitore/Assicurato fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

Art. 6 – DISDETTA CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE

Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

1. **decima ricorrenza annuale del contratto;**

2. per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico.

In caso di cointestazione la copertura assicurativa rimane in vigore per gli altri Assicurati sino alla scadenza originariamente convenuta, con gli stessi limiti di indennizzo specificati ai punti precedenti.

Resta inteso che nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società in base al presente contratto di assicurazione per Sinistri che si verifichino oltre la scadenza del Periodo di Assicurazione.

Resta inoltre inteso che, ove anche un Sinistro si verifichi prima della scadenza del Periodo di Assicurazione, nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione qualora il relativo periodo di Franchigia Assoluta e/o Relativa termini dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione.

Infine, qualora alla scadenza del Periodo di Assicurazione perduri un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego, nulla sarà più dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione per il periodo successivo alla suddetta scadenza, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un Indennizzo prima della scadenza e la data della scadenza stessa.

Art. 7 - RECESSO

L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A.R, o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.) alla Banca Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia:

- **Fax:** 045 - 8391920
- **Indirizzo:** Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione la Compagnia provvederà al rimborso totale del premio corrisposto.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Assicurato 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, per il tramite del Contraente o direttamente dall'Assicurato, 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 al Contraente il premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato.

ART. 8 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA

Il premio dovuto alla Compagnia è unico e anticipato ed è determinato per ogni singolo Assicurato in relazione ai tassi riportati nella seguente tabella e all'ammontare del capitale richiesto del Mutuo:

Durata del finanziamento (mesi)	Tasso di Premio Lordo
120 mesi	2,00%

La frazione di mese viene considerata un'intera mensilità.

Art. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Trattenuta all'erogazione: l'importo del premio è finanziato all'Assicurato dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento.

ART. 10 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

I costi espliciti gravanti sul premio unico sono rappresentati nelle tabelle che seguono:

Costi di acquisizione, gestione ed incasso	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi)
66%	92,42%

(*) Il tasso di premio è espresso in % del capitale iniziale richiesto (capitale). La frazione di mese viene considerata un'intera mensilità.

Tabella esemplificativa dei premi:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Età e sesso dell'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	120 mesi (10 anni)
Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 2000,00
Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 1951,22
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 1.287,80
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 1.1190,24

ART. 11 - REGIME FISCALE

I premi relativi alla presente Polizza sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

ART. 12 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora in pendenza della Assicurazione l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale inerente alla Normale Attività Lavorativa, l'Assicurazione sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà attivata un'Assicurazione corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato. Conseguentemente, l'Assicurazione che potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base al presente contratto di assicurazione sarà sempre quella corrispondente alla condizione occupazionale (Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente o Non Lavoratore) dell'Assicurato al momento del Sinistro.

L'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo o Non Lavoratore e, in pendenza della Assicurazione, diventi Lavoratore Dipendente ha diritto all'Indennizzo per Perdita di Impiego solo nel caso in cui lo stato di Perdita di Impiego sopravvenga dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia comunque trascorso un periodo di tempo di almeno 180 giorni consecutivi dal momento in cui egli è diventato Lavoratore Dipendente.

L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente o Non Lavoratore e, in pendenza della Assicurazione, diventi Lavoratore Autonomo, ha diritto all'Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea solo nel caso in cui l'Inabilità sia avvenuta dopo almeno 60 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato ha iniziato la propria Normale Attività Lavorativa come Lavoratore Autonomo .

L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente o Lavoratore Autonomo e, in pendenza della Assicurazione, diventi Non Lavoratore, ha diritto all'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero solo nel caso in cui il Ricovero Ospedaliero sia avvenuto dopo almeno 60 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato è divenuto Non Lavoratore.

Resta inteso che, ove vi siano più Assicurati, per ciascuno di essi l'Assicurazione è efficace in base alla rispettiva condizione lavorativa. Conseguentemente, la modifica della condizione lavorativa che abbia interessato uno degli Assicurati non comporta una modifica degli effetti dell'Assicurazione per l'altro, salvo che, ovviamente, anche quest'ultimo sia interessato a sua volta da una modifica della condizione lavorativa.

Art. 13 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

Per dare avviso scritto di Sinistro l'Assicurato o i suoi familiari devono compilare l'apposito modulo, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, e devono inoltrarlo alla Società (*) tramite raccomandata A.R. nei tempi di cui al precedente punto 1., unitamente alla documentazione del successivo punto.

(*) Cattolica Assicurazioni Soc. Coop
c/o "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED" – Servizio Sinistri
Via San Gregorio, 34 – 20124 Milano.
Numero Verde 800-394346

Documenti da inviare in caso di sinistro:

In caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):

- copia del documento di identità, o altro documento, attestante la data di nascita;
- certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato medico alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea);
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

In caso di Perdita di Impiego (PI):

- copia di un documento di identità;
- copia del libretto di lavoro (o della scheda professionale);
- copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione alla lista di collocamento o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita di Impiego.

In caso di ricovero ospedaliero (RO):

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- certificato medico di Ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i successivi certificati di Ricovero in ospedale alla scadenza del precedente;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

Qualora l'Assicurato non fornisca la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea o Perdita di Impiego e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del Sinistro di cui al precedente punto e inoltrarlo alla Compagnia nei tempi di cui sopra.

La Compagnia potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di assicurazione.

Art. 14 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario collocatore si impegna a:

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Modulo di Adesione;
- trasmettere alle Compagnie, in formato elettronico, i dati relativi al numero del Finanziamento, dati anagrafici e fiscali dell'Assicurato, durata del Finanziamento e frequenza delle rate, importo del Finanziamento erogato e quota da attribuire ad ogni Assicurato in caso di cointestazione;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile da Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, nonché a raccogliere e trattenere presso di sé il relativo consenso al trattamento dei dati personali;
- comunicare alla Compagnia la data di eventuale estinzione anticipata del Finanziamento.

ART. 15 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c..

ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che l'Assicurazione può cumularsi con altre Assicurazioni, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI

A deroga dell'Art. 1900 c.c. sono compresi i Sinistri cagionati con colpa grave dell'Assicurato. A deroga dell'Art. 1912 c.c. sono compresi i Sinistri determinati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 18 – LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE

L'Assicurazione per Inabilità Totale Temporanea, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero ha validità nell'ambito dell'Unione Europea.

ART. 19 – DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

ART. 20 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 21 – COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni fra la Banca Contraente o l'Assicurato e la Società, con riferimento al presente contratto di assicurazione, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata A.R., telegramma o telefax al seguente indirizzo:

- **Società Cattolica di Assicurazione – Soc. Coop.** Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona - Fax: +39.045.8391920

Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

ART. 22 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione.

ART. 23 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop.
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.354
E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; 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, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133206, 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 Internet:

http://ec.europa.eu/internal_market/fin services-retail/finnet/index_en.htm

Si ricorda che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Art. 24 - 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 l'Assicurato ha la residenza o ha eletto domicilio.

ART. 25 – ALLEGATI

Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A ASSICURAZIONE INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA (garanzia attiva per i Lavoratori Autonomi)

ART. 26 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello delle rate protette, comprensive di capitale ed interessi, che l'Assicurato deve alla Banca Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

Per ogni Sinistro il primo Indennizzo, pari ad una rata protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni; gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea con un massimo di 12 rate mensili per ogni Sinistro e di 36 rate mensili nell'arco della durata delle garanzie assicurative.

Nel caso di 2 Assicurati l'indennizzo dovuto dalla Compagnia sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura e cioè pari al 50%.

Per ciascun Sinistro la Compagnia liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Indennizzi mensili, e un massimo di 36 Indennizzi mensili nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso della durata dell'Assicurazione..

L'Indennizzo massimo mensile per ogni Assicurato oppure cumulativamente per più Assicurati è di Euro 2.000,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

ART. 27 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

La Compagnia liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 26 a condizione che:

1. l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia temporaneamente nella totale incapacità fisica di attendere alla Normale Attività Lavorativa;
3. il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 60 giorni e comunque durante il periodo di vigenza del contratto di assicurazione;
4. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 28.

ART. 28 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

Sono esclusi dall'oggetto dell'Assicurazione:

1. le conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data Iniziale e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;

2. Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
3. Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
4. Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
5. Infortuni o Malattie causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
6. Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
7. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
8. Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
9. eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
10. interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
11. qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili;
12. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
13. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Nessun Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea sarà corrisposto se, per lo stesso periodo, la Società ha pagato altri importi a titolo di Indennizzo per il caso di Disoccupazione o Ricovero Ospedaliero;

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dalla presente Polizza.

ART. 29 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale periodo di Carenza pari a 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 30 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Totale Temporanea, 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.

Sezione B
ASSICURAZIONE PERDITA DI IMPIEGO
(garanzia attiva per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

ART. 31 – INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

L'Indennizzo previsto nel caso di Perdita di Impiego consiste in importi mensili di ammontare pari a quello delle rate protette, comprensive di capitale ed interessi, che l'Assicurato deve alla Banca Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

Per ogni Sinistro il primo Indennizzo, pari ad una rata protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni consecutivi; gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego con un massimo di 12 rate mensili per ogni Sinistro e di 36 rate mensili nell'arco della durata delle garanzie assicurative.

Nel caso di 2 Assicurati, l'indennizzo dovuto dalla Compagnia sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura e cioè pari al 50%.

Per ciascun Sinistro la Compagnia liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Indennizzi mensili, e un massimo di 36 Indennizzi mensili nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso della durata dell'Assicurazione.

L'Indennizzo massimo mensile per ogni Assicurato oppure cumulativamente per più Assicurati, è di Euro 2.000,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

ART. 32 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

La Compagnia pagherà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 31, a condizione che:

1. la Perdita di Impiego si verifichi durante il periodo di vigenza della Assicurazione;
2. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data termine del Periodo di Carenza di 60 giorni;
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33.

ART. 33 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per Disoccupazione se:

1. l'Assicurato, salvo quanto previsto all'Art. 12, non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo consecutivo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
3. la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
4. la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
5. la Disoccupazione sia conseguenza di risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;

6. la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o comunque se il rapporto di lavoro dell'Assicurato ha carattere stagionale e/o temporaneo e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.);
7. al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla legge italiana;
8. l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
9. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
10. la Società ha pagato per lo stesso periodo Indennizzi previsti per il caso di Inabilità Totale Temporanea;
11. la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Totale Temporanea;
12. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.

Nessun Indennizzo è dovuto se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dalla presente Polizza.

ART. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di Perdita di Impiego se non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

Sezione C
ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO
(garanzia attiva per i Non Lavoratori)

ART. 35 - INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

L'Indennizzo previsto in caso di Ricovero Ospedaliero consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta. Per ogni Sinistro il primo Indennizzo, pari all'importo della Rata Protetta, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia Relativa pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero; gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali di importo pari alla Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

Nel caso di 2 Assicurati, l'indennizzo dovuto dalla Compagnia sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura e cioè pari al 50%.

Per ciascun Sinistro la Compagnia liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Rate Protette, e un massimo di 36 Rate Protette nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione. Qualora gli Assicurati siano più di uno, per ciascuno di essi la Società liquiderà per ciascun Sinistro un Indennizzo massimo pari a 12 volte la parte di Rata Protetta corrispondente alla quota di Indennizzo spettante all'Assicurato colpito dal Sinistro in base al criterio stabilito al punto precedente e a 36 volte la stessa parte di Rata Protetta nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato oppure cumulativamente per due Assicurati, nell'ipotesi che il Contratto sia stato stipulato da due persone fisiche, è di Euro 2.000,00, limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

ART. 36 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

La Compagnia liquiderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al precedente Art. 35, a condizione che:

1. Il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. Il Ricovero Ospedaliero sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 60 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace;
3. Il Sinistro non rientri in una delle esclusioni di cui al successivo Art. 37.

ART. 37 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

Sono esclusi dall'assicurazione i Ricoveri Ospedalieri derivanti dagli Infortuni e Malattie e quant'altro già indicato nelle Esclusioni per il caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia.

Nessun Indennizzo è dovuto se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Dipendente o Lavoratore Autonomo e se, per lo stesso periodo in cui dovrebbe venire corrisposto, la Società ha pagato altri importi a titolo di Indennizzo per il caso di Inabilità Totale Temporanea.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2.

ART. 38 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 39 - CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.

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

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.