

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

PRODOTTO MUTUI IPOTECARI 2,3

Convenzione Collettiva Numero: **560**

Prestazioni assicurate da:



**Società Cattolica di Assicurazione
Società Cooperativa**

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva del Glossario e 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 sottoscrizione della presente copertura assicurativa è facoltativa e non indispensabile per ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.

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; Telefono: 045.8391111; Sito Internet: www.cattolica.it, e-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
- c) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966;
- d) 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 1.925 milioni di euro (capitale sociale: 523 milioni di euro – totale riserve patrimoniali: 1.293 milioni di euro).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 5,6 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 dal 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.

Il Contratto ha durata Poliennale e sulla base di quanto previsto dall'Art. 1899 del CC, allo stesso è stato applicato uno sconto così come indicato nel successivo punto. 7 – PREMIO A fronte dell'applicazione del suddetto sconto l'Assicurato, salvo il diritto di ripensamento di cui al punto 8, non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta del contratto da parte del 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:

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici*; **Artt. 26, 27**

Perdita di Impiego (PI) – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Dipendenti di Enti Privati*; **Artt. 31,32**

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)** – Artt. 28,29
- **Perdita di Impiego (PI)** – Artt. 33,34

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 : Artt.: 26,27,31,32

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 – 20/03/2012**
- **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 del 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.**

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

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il premio unico e anticipato, relativo ad ogni Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate e all'ammontare del Capitale Finanziato I premi così raccolti verranno

versati dal Contraente della Convenzione alla Società, dopo aver ricevuto appendice di regolazione

Lo sconto applicato corrisponde al: 5,22%.

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Assegno Bancario, Postale o Circolare
- Bonifico Bancario
- Bonifico Postale

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)
70%	92,86%

Tabella esemplificativa dei premi:

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando le garanzie Danni e quindi il solo Pacchetto A ad un Tasso unico Lordo del 1,3% (Tasso Netto 1,26829%) relativo ad una durata del finanziamento compreso tra i 6 e i 120 mesi:

Capitale Finanziato	€ 100.000,00
Età e sesso dell'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	120 mesi (10 anni)
Premio Lordo Unico anticipato	€ 2.300,00
Premio Netto Unico anticipato	€ 2.243,30
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 1.570,31
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 1.458,19

7.3 AVVERTENZA - Rimborso del Premio per estinzione anticipata del finanziamento

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo/finanziamento, la Compagnia restituisce al Debitore/Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

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. A tale risultato vengono sottratte spese di rimborso così come indicate nel modulo di adesione.

$$R = P * GR/D - Sp$$

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

GR = giorni residui di copertura

D = durata totale (in giorni) del finanziamento

Sp = spese di rimborso

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
Spese di rimborso	€ 50,00

$$R = 1000 * 1001/1800 - Sp$$

$$R = 506,10$$

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

8. AVVERTENZA - Diritto di ripensamento

L'Assicurato può recedere dal presente contratto:

- Entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale inviando la richiesta di recesso alla Compagnia. Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione la Compagnia provvederà al rimborso totale del premio corrisposto.

Oppure

- Trascorsi almeno 5 anni di copertura assicurativa con effetto dalla data di ricevimento della richiesta. La Compagnia provvederà alla restituzione all'Assicurato della parte di premio Danni, pagato e relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

Per conoscere in dettaglio i tempi, le modalità e i riferimenti per l'invio della richiesta di Rimborso si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione - Art. 7.1, 7.2, 7.3.

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 il 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 CNP – Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Albricci, 7
Piano 3°
20122 – Milano.
Numero Verde 800 179 057

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*

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 – Società Cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
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. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva 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/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine 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.

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.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli specifici articoli delle CGA:

1. Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 30

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa 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 alle quali la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbiano stipulato il Contratto di Mutuo/Finanziamento e sottoscritto il Modulo di Adesione e presentino i requisiti di assicurabilità previsti dal 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 e che corrisponde all'Assicurato.

Contraente: **EXPERTA S.r.l.** Experta S.r.l. Via Verona, 22/C – 37012 Bussolengo (Verona)

Intermediario gestore: Experta S.r.l. iscritta nella sezione B del RUI B000156299

Intermediario collocatore: soggetto iscritto alla sezione E del RUI che distribuisce le coperture per conto dell'Intermediario gestore Experta.S.r.l. iscritto alla sezione B del RUI

Contratto: Il contratto di Mutuo, con il quale una Banca concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, finalizzata all'acquisto della proprietà di un bene immobile o alla ristrutturazione dello stesso, che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Banca secondo un piano di ammortamento predeterminato.

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 risultati sottoscritto il Modulo di Adesione.

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

Ente Privato: ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico: ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

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 Invalidità 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.

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: La persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) non percepisca un reddito da lavoro dipendente (come determinato nelle definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione. Sono altresì considerati autonomi i lavoratori dipendenti che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto e di contratti di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali) sia alle dipendenze di Aziende o Enti di diritto privato sia alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione.

Lavoratore Dipendente Privato: La persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore e con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Lavoratore Dipendente Pubblico: La persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Malattia: Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Modulo di Adesione: La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato per aderire alla presente Convenzione Assicurativa Collettiva.

Non Lavoratore: La persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati non lavoratori, i pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

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.

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 di Ente Privato, 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.

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

Periodo di 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 il 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 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 specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a corrispondere un Indennizzo nei casi sotto indicati:

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici*;

Perdita di Impiego (PI) – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Dipendenti di Enti Privati*;

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone fisiche che:

1. siano clienti del Contraente e abbiano stipulato 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 non compiuti.
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 due o più mutuatari, si ha la possibilità di scegliere fra le seguenti alternative:

- **Assicurare uno solo dei cointestatari**, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del mutuo;
- **Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di due)**, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di Assicurabilità sopra elencate. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascun intestatario sarà assicurato per un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo.

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 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.

Il Contratto ha durata Poliennale e sulla base di quanto previsto dall'Art. 1899 del CC, allo stesso è stato applicato uno sconto così come indicato nel successivo art.. 8 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA.

A fronte dell'applicazione del suddetto sconto l'Assicurato, salvo il diritto di ripensamento di cui all'Art 7, **non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.**

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. A tale risultato vengono sottratte spese di rimborso così come indicate nel modulo di adesione.

$$R = P * GR/D - Sp$$

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

GR = giorni residui di copertura

D = durata totale (in giorni) del finanziamento

Sp = spese di rimborso

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
Spese di rimborso	€ 50,00

$$R = 1000 * 1001/1800 - Sp$$

$$R = 506,10$$

In alternativa a quanto sopra previsto 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.

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 – DIRITTO DI RIPENSAMENTO (RECESSO)

7.1 – Ripensamento dopo la stipulazione del contratto e nei 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza

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**

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, senza alcun onere a carico di quest'ultimo.

7.2 – Recesso durante la vigenza del contratto - trascorsi 5 anni di copertura - sconto

L'Assicurato ha un'ulteriore facoltà di recedere dal presente contratto, decorso il predetto termine di cui al punto 7.1 (per il diritto di ripensamento) dopo che sia trascorso un periodo di 5 anni di copertura completa, ovvero siano state pagate 5 annualità.

Il recesso avrà effetto dalla data di ricevimento della comunicazione, inviata alla Compagnia tramite lettera Raccomandata A.R. o o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.) :

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

Il diritto di recesso può essere esercitato soltanto nel caso in cui siano trascorsi almeno 5 anni di copertura assicurativa con effetto dalla data di ricevimento della richiesta.

7.3 – Rimborso del premio in caso di recesso trascorsi 5 anni di copertura

In caso di Recesso trascorsi i cinque anni di copertura assicurativa, la Compagnia restituisce al debitore/Assicurato la parte di premio Danni pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

Il premio da rimborsare viene determinato 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 Finanziamento 06/09/2010
 Data Scadenza Finanziamento 06/09/2015
 Data Estinzione Finanziamento 25/11/2012
 Durata Totale in giorni 1800
 Giorni di copertura trascorsi 799
 Giorni di copertura residui 1001

$$R = 1000 * 1001/1800$$

$$R = 556,11$$

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 finanziato:

Durata del finanziamento (mesi)	Tasso di Premio Lordo (*)
120 mesi	2,3%

Lo sconto applicato al tasso corrisponde al: 5,22%.

Art. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Assegno Bancario, Postale o Circolare
- Bonifico Bancario
- Bonifico Postale

ART. 10 – 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)
70%	92,86%

Tabella esemplificativa dei premi:

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando le garanzie Danni e quindi il solo Pacchetto A ad un Tasso unico Lordo del 1,3% (Tasso Netto 1,26829%) relativo ad una durata del finanziamento compreso tra i 6 e i 120 mesi:

Capitale Finanziato	€ 100.000,00
Età e sesso dell'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	120 mesi (10 anni)
Premio Lordo Unico anticipato	€ 2.300,00
Premio Netto Unico anticipato	€ 2.243,30

Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 1.570,31
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 1.458,19

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 di Ente Pubblico o di Ente Privato) dell'Assicurato al momento del Sinistro.

L'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico e, in pendenza della Assicurazione, diventi Lavoratore Dipendente di Ente Privato 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 di Ente privato.

L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato e, in pendenza della Assicurazione, diventi Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, 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 o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico.

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 il 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 CNP – Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Albricci, 7
Piano 3°
20122 – Milano.
Numero Verde 800 179 057

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.

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;
- 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;

L'Intermediario gestore si impegna a:

- 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;
- 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 del 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 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 il 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 ai seguenti indirizzi:

- se **Compagnia**: Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop., Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona – Fax 045.8391920
- se **Experta S.r.l.**, sede operativa, Via Verona, 22/C - 37012 Bussolengo (VR)

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 – Società Cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
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. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva 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/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine 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 e Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)

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 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 60 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.

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

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

1. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
2. malattie tropicali o epidemiche;

3. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
4. stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
5. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
6. incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
7. 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;
8. effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
9. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
10. connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
11. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
12. guerra, anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
13. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi.

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro si sia verificato durante il Periodo di Carenza.

Nessun Indennizzo è dovuto se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore e se, per lo stesso periodo in cui dovrebbe venire corrisposto, la Compagnia ha pagato altri importi a titolo di Indennizzo per il caso di Perdita di Impiego.

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.

In aggiunta a quanto precede, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi indennizzo è escluso nei casi in cui l'Inabilità Totale Temporanea sia stata causata da o conseguente a:

- i. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- ii. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
- iii. 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;
- iv. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

- v. pratica da parte dell'Assicurato di sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi (ad esempio, sport da combattimento, immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante, speleologia; salto dal trampolino; sci o idrosci; bob; rugby, football americano, ecc);
- vi. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

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 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 60 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.

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 90 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 Perdita di Impiego se:

1. l'Assicurato, salvo quanto previsto all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione, non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato 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 del Modulo di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita di Impiego, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
3. la Perdita di Impiego sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
4. la Perdita di Impiego sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
5. la Perdita di Impiego 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;
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 Perdita di Impiego 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.

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro si sia verificato durante il Periodo di Carenza.

Nessun Indennizzo è dovuto se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Lavoratore dipendente di Ente pubblico.

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. 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 90 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.