FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

MUTUO PROTETTO

Convenzione Collettiva Numero: **569**

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

Edizione aggiornata al 31/05/2015

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 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, pari ai primi 10 anni di durata del Contratto di Mutuo successivi alla Data Iniziale e cessa alla scadenza di tale termine senza tacito rinnovo.
Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli specifici articoli delle CGA: (Art. 4).

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 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 articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo nei casi sotto indicati, diversi a seconda del "Pacchetto" di garanzie scelto dall'Assicurato in fase di sottoscrizione:

PACCHETTO	GARANZIE	
A – Garanzie danni	– Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio e da Malattia – Perdita di Impiego	Garanzie Danni
B – Garanzie danni e vita	– Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio e da Malattia – Perdita di Impiego	Garanzie Danni
	– Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio – Decesso	Garanzie Vita
C – Garanzie vita	– Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio – Decesso	Garanzie Vita

Le garanzie Danni (Inabilità totale temporanea da infortunio e da malattia e perdita di Impiego) sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo e si intendono operanti qualora sia stato

sottoscritto dall'Assicurato, nel Modulo di Adesione il relativo Pacchetto A o B di cui sopra, secondo le modalità previste dalle relative Condizioni di Assicurazione (vedi artt. 26, e 31).
Le garanzie Vita (Morte e Invalidità totale permanente da infortunio) sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo e si intendono operanti qualora sia stato sottoscritto dall'Assicurato, nel Modulo di Adesione il relativo Pacchetto B o C di cui sopra, secondo le modalità previste dalle relative Condizioni di Assicurazione.(vedi fascicolo informativo vita)

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. 27, 28, 29**
- **Perdita di Impiego (PI)** – **Artt. 32, 33, 34**
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio (ITP) –** confronta apposito Fascicolo Informativo Vita
- **Decesso -** confronta apposito Fascicolo Informativo Vita

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 si vedano gli Art. 26, 31.

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 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 o1893 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. 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

La Compagnia autorizza Experta Srl (intermediario iscritto alla sezione E del Rui che opera per conto di Experta Srl iscritta alla sezione B del Rui), ad incassare il premio relativo alle coperture assicurative offerte. Tale premio verrà versato alla Società attraverso l'intermediario gestore secondo le procedure concordate.

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)
57,00 % del premio unico	91,23%

Tabella esemplificativa dei premi:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Età e sesso dell'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	120 mesi (10 anni)

Pacchetto scelto	A
Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 3.000,00**
Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 2.926,82**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 1.668,29
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 1.521,98

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:

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 le 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 € 50,00

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

$$R = 1000 * 1001/1800 - 50$$

$$R = 506,11$$

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 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 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 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)**
- ***In caso di Perdita di Impiego (PI)*** - **(Art. 13)**

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, si fa riferimento per il caso di:
Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (ITT) - Art. 30 Condizioni di Assicurazione

Cattolica Assicurazioni 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
La persona fisica 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 assicurazione alla presente Convenzione.

Assicurazione
La garanzia concessa dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione in relazione al Contratto e a beneficio dell'Assicurato 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 Srl Via Verona, 22/C – 37012 Bussolengo (VR)

Contratto
Il contratto di mutuo tra la Contraente e l'Assicurato, con il quale il Contraente 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 al Contraente 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 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 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.

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.

Intermediario Collocatore
Experta S.R.L.,Via Verona, 22/C – 37012 Bussolengo (VR)

Intermediario Gestore
Experta SRL, Corso Milano 130 – 37100 Verona.

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 cosi 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.

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 abitualità 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 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, al 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.

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, diversi a seconda del "Pacchetto" di garanzie scelto dall'Assicurato in fase di sottoscrizione:

PACCHETTO	GARANZIE	
A – Garanzie danni	– Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio e da Malattia – Perdita di Impiego	Garanzie Danni
B – Garanzie danni e vita	– Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio e da Malattia – Perdita di Impiego	Garanzie Danni
	– Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio – Decesso	Garanzie Vita
C – Garanzie vita	– Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio – Decesso	Garanzie Vita

Le garanzie Danni (Inabilità totale temporanea da infortunio e da malattia e perdita di Impiego) sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo e si intendono operanti qualora sia stato sottoscritto dall'Assicurato, nel Modulo di Adesione il relativo Pacchetto A o B di cui sopra, secondo le modalità previste dalle relative Condizioni di Assicurazione.(vedi artt. 26, e 31)
Le garanzie Vita (Morte e Invalidità totale permanente da infortunio) sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo e si intendono operanti qualora sia stato sottoscritto dall'Assicurato, nel Modulo di Adesione il relativo Pacchetto B o C di cui sopra, secondo le modalità previste dalle relative Condizioni di Assicurazione.(Vedi fascicolo informativo vita).

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone fisiche che:

1. siano clienti del 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,
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.

L'età dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore ad anni 70 per le garanzie per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia e Disoccupazione.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI
In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Perdita di Impiego, 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 sia stato adempiuto all'obbligo del pagamento dei Premi dovuti fino a tale data e che, in relazione all'Assicurato risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui all'art. 2.
Per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia e Perdita di Impiego l'Assicurazione ha durata pari ai primi 10 anni di durata del Contratto successivi alla Data Iniziale e cessa alla scadenza di tale termine.

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 le 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 € 50,00

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

R = 1000 * 1001/1800 - 50

R = 506,11

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.**

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 a quanto riportati nella seguente tabella

Pacchetto	Premio lordo
A e B (*solo garanzie danni*)	€ 3.000,00

Lo sconto applicato al premio 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
57,00 % del premio unico	91,23%

Tabella esemplificativa dei premi:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Età e sesso del'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	120 mesi (10 anni)
Pacchetto scelto	**A**
Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 3.000,00**
Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 2.926,82**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 1.668,29
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 1.521,98

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 o Non Lavoratore) 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.

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;**
- **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**
- **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 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 ai seguenti indirizzi:

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

- **Contraente**: Experta Srl, 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 INABILITA' 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 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 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 verifichino 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 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 Riqualificazione 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 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 verifichino 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 Perdita di Impiego se:

- l'Assicurato 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;
- 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;
- la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giustificato motivo soggettivo;
- la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento tra congiunti, ascendenti e discendenti;
- la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;

- la Disoccupazione sia conseguenza di risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- 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.);
- 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;
- 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);
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- la Società ha pagato per lo stesso periodo Indennizzi previsti per il caso di Inabilità Totale Temporanea;
- la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Totale Temporanea;
- 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 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 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.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Gruppo Cattolica Assicurazioni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE E INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE

FASCICOLO INFORMATIVO – PRODOTTO ASSICURATIVO VITA

MUTUO PROTETTO

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

410056 - Edizione aggiornata al 31/05/2015

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE E INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE

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

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

A – INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

1. Informazioni generali

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2014 ammonta a 1.925 milioni di Euro (capitale sociale: 523 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 1.293 milioni di Euro).
L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2014 risulta pari 2,8 volte.

B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

3.1 Elenco "Pacchetti" assicurativi previsti dalla Convenzione Assicurativa Collettiva (garanzie danni e vita)

La Convenzione Collettiva offre differenti garanzie in funzione del "Pacchetto", di cui alla seguente tabella, scelto dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del modulo di adesione.

PACCHETTO	GARANZIE
A – Garanzie danni	– Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio o da Malattia – Disoccupazione
B – Garanzie danni e vita	– Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio o da Malattia – Disoccupazione – Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio – Morte
C – Garanzie vita	– Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio – Morte

Le garanzie (prestazioni assicurative) vita di cui al "Pacchetto" B o C sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo.
Le garanzie (coperture assicurative) danni sono invece disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo e si intendono operanti qualora sia stato sottoscritto dall'Assicurato nel Modulo di Adesione il relativo "Pacchetto" A o B di cui sopra secondo le modalità previste dalle relative Condizioni di Assicurazione.

3.2 Prestazioni assicurative (garanzie offerte) disciplinate dal presente Fascicolo Informativo

Il contratto fra Compagnia e Contraente è concluso dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta.
Il contratto ha durata pari ad un anno e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo facoltà delle parti di esercitare il diritto di disdetta.
Salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione, la durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva è pari:

- a quella del Mutuo fino ad una durata massima di 5 anni, nel caso in cui l'Assicurato scelga il pacchetto B;
- a quella del Mutuo fino ad una durata massima di 5 o 10 anni, nel caso in cui l'Assicurato scelga il pacchetto C.

La copertura assicurativa comprende:

- Il periodo di differimento dell'ammortamento con esclusivo pagamento degli interessi
- Lo sblocco successivo dei fondi
- Il periodo di attesa per lo sblocco dei fondi

In caso di estinzione parziale o rinegoziazione del Mutuo, la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

a) Prestazione in caso di decesso: la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato. Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio;

b) Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente: la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale assicurato in caso di invalidità totale permanente derivante da infortunio dell'Assicurato prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato. Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

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

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

4. Premi

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare all'Intermediario un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.
Il premio unico, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate e all'ammontare del capitale finanziato e alla durata della copertura assicurativa.
In caso di sopravvivenza e di non sopraggiunta invalidità totale e permanente da Infortunio dell'Assicurato alla data di scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato medesimo, questa si intenderà estinta ed il premio acquisito dalla Compagnia.
I costi espliciti gravanti sul premio unico sono rappresentati nella tabella che segue:

Durata contrattuale	Costi a carico dell'Assicurato	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in valore assoluto)
5 anni (Pacchetto B o C)	64,40% del premio	77,64%	1.421,00 Euro (*)
10 anni (Pacchetto C)	61,35% del premio	81,50%	1.421,00 Euro (*)

(*)La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio pari a 2.842 Euro.

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

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

C – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi
5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

5.1.1 Costi gravanti sul premio
I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio unico corrisposto.
Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.
I costi gravanti sul premio unico sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Durata contrattuale	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
5 anni (Pacchetto B o C)	64,40% del premio
10 anni (Pacchetto C)	61,35% del premio

5.1.2 Spese per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento
In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia trattiene 50,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

* * *

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

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
80,40%

6. Regime fiscale
Imposta sui premi
I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità fiscale dei premi
Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.

Tassazione delle somme assicurate
Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa) ed in caso di invalidità permanente.
Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.

D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

9. Diritto di recesso
Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
Il recesso si esercita mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.
Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza.
Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

10. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni, dei rimborsi e dei termini di prescrizione
Per la liquidazione delle prestazioni assicurative in contratto, i soggetti aventi diritto sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione indicata all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

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

11. Legge applicabile al contratto
Al contratto si applica la legge italiana.

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

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 0458372354 – 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. Comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Compagnia

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

15. Informativa in corso di contratto

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013, la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area riservata, tramite la quale sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.
E' possibile richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia.

16. Conflitto di interessi

La Compagnia si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Compagnia stessa abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.
In ogni caso la Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio all'Assicurato e si impegna a ricercare per l'Assicurato il miglior risultato possibile.

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

Il Rappresentante Legale
Paolo Bedoni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE E IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE

Art. 1 – Oggetto.
Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio unico, con la quale la Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) o Invalidità Totale Permanente da infortunio dello stesso prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato come definito all'Art. 6.

Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente (di seguito ITP) l'Assicurato che a seguito di infortunio abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%.

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

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte e in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante rapporto di visita medica oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dello stesso.
È tuttavia possibile limitarsi alla sottoscrizione di una dichiarazione sullo stato di salute, nel qual caso sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7.
Nel caso di mancata sottoscrizione di tale dichiarazione, il presente contratto non produrrà effetti.

L'indennizzo massimo per ogni Assicurato, oppure per più Assicurati in caso di cointestazione, non potrà superare l'importo di 200.000,00 Euro. Tale limite è da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto) che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con la Compagnia stessa o altre Compagnie.

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

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

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati.
Il contratto fra Compagnia e Contraente è concluso dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione.
Il contratto ha durata pari ad un anno e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo facoltà delle parti di esercitare il diritto di disdetta.

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene, sempre che sia stato pagato il premio, dalle ore 24:00 della data in cui l'assicurato stesso ha sottoscritto il Modulo di Adesione. Qualora il premio unico non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del contratto.

Art. 3 – Diritto di recesso.
Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
Il recesso si esercita mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.
Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza.
Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni

Art. 4 – Il premio.
Il premio unico, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale finanziato e alla durata della copertura assicurativa.

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

Criteri e modalità per la definizione del rimborso del premio.
L'importo di tale rimborso si determina sommando i risultati delle seguenti formulazioni:

Rimborso del premio puro: PVita * (1-H) * ((N-K) / N) * [1-(1+J/12)^-(N-K)]/[1-(1+J/12)^-N]
Rimborso dei costi: PVita * H * [(N-K) / N]

Dove:

PVita = premio versato
H = costi sul premio
N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi
K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo
J = tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento

Dal premio determinato con la regola sopra riportata la Compagnia trattiene 50,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

Per una maggiore comprensione, si riporta una esemplificazione numerica del meccanismo di calcolo:

Esempio n°1
PVita = 1.000,00 Euro
H = 61,35% (Pacchetto C)
N = 120 mesi
K = 24 mesi
J = 5%
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro

Rimborso del premio puro: 1.000,00 * (1-61,35%) * [(120-24)/120] * [1-(1+5%/12)^-(120-24)] / [1-(1+5%/12)^-120] = 259,05 Euro
Rimborso dei costi: 1.000,00*61,35%*[(120-24)/120] = 490,80 Euro
Importo del premio da rimborsare = 749,85 - 50 = 699,85 Euro

Esempio n°2
PVita = 1.000,00 Euro
H = 61,35% (Pacchetto C)
N = 120 mesi
K = 60 mesi
J = 5%
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro

Rimborso del premio puro: 1.000,00 * (1-61,35%) * [(120-60)/120] * [1-(1+5%/12)^-(120-60)] / [1-(1+5%/12)^-120] = 108,62 Euro
Rimborso dei costi: 1.000,00*61,35%*[(120-60)/120] = 306,75 Euro
Importo del premio da rimborsare = 415,37 – 50 = 365,37 Euro

In caso di estinzione parziale o rinegoziazione del Mutuo la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento.

Art. 5 – Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato.
Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere il premio.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 6 – Capitale assicurato.
Il capitale assicurato è determinato sulla base di un Contratto di Mutuo stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo o alla quota parte del debito residuo quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato o alla data di accertamento dello stato di ITP dello stesso.

L'indennizzo massimo per ogni Assicurato, oppure per più Assicurati in caso di cointestazione, non potrà superare l'importo di 200.000,00 Euro. Tale limite è da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto) che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con la Compagnia stessa o altre Compagnie.

Il Mutuo si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

Ai fini della determinazione del capitale assicurato, il debito residuo quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento, sarà:

- dedotto delle rate insolute risultanti alla data del decesso dell'Assicurato o alla data di accertamento dello stato di ITP dello stesso, degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e delle spese e/o delle eventuali commissioni accessorie;
- maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima scadenza delle rate fino al momento del decesso dell'Assicurato o alla data di accertamento dello stato di ITP dello stesso.

L'importo minimo di capitale assicurato è pari a 25.000,00 Euro; in caso di mutuo cointestato tale limite è pari a 12.500,00 Euro.

Art. 7 – Rischio morte – Esclusioni e limitazioni della garanzia.

A. ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- **dolo del Beneficiario;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni previste dal competente Ministero;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;**
- **abuso di alcool e droghe;**
- **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche.**

Indipendentemente da qualsiasi causa/e concorrente è escluso dalla garanzia il decesso, che derivi direttamente o indirettamente da un qualsiasi atto di terrorismo che includa l'uso, il rilascio o la minaccia di uso o rilascio di qualsiasi arma o strumento nucleare e/o agenti chimici e/o biologici. Per la finalità di questa esclusione un atto di terrorismo è definito come un atto che include, ma non è limitato all'uso di forza o violenza e/o alla minaccia dell'uso di forza o violenza, da parte di qualsiasi persona e/o gruppo/i di persone, sia nel caso in cui agiscano singolarmente o in connessione con ogni organizzazione/i o governo/i, commesso per fini politici, religiosi, ideologici o etnici o altri fini che includono l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di seminare il panico nella pubblica opinione od in una qualsiasi parte di essa.

B. CONDIZIONI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA RAPPORTO DI VISITA MEDICA.

Il Contraente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Qualora l'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva avvenga senza rapporto di visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dall'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q,

salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
c) di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A. – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

C. DELIMITAZIONE DEL RISCHIO PER ASSICURAZIONI CON RAPPORTO DI VISITA MEDICA IN ASSENZA DEL TEST HIV

Qualora l'Assicurato non abbia aderito alla richiesta della Compagnia di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà corrisposto. Qualora il decesso, invece, dovesse verificarsi dopo sette anni dall'adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, il capitale assicurato verrà interamente corrisposto.

Art. 7.1 - Rischio invalidità totale permanente da infortunio – Esclusioni.
Sono esclusi dalla garanzia i casi di ITP dovuti a:

- **esiti di infortuni o malformazioni e stati patologici in genere che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;**
- **infortuni correlati all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;**
- **interventi, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;**
- **infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie ad essa correlate;**
- **malattie del sistema nervoso, disturbi mentali, disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell'umore compresi anche gli stati paranoidi, le forme maniacodepressive e la schizofrenia;**
- **guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei; uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- **partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;**
- **pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idroscì, sci o idroscì acrobatico, bob;**
- **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;**
- **guerra (anche non dichiarata), insurrezioni o atti di terrorismo;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **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);**
- **connessione con l'uso o la produzione di esplosivi;**
- **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;**
- **svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore, lavoro nel sottosuolo, attività subacquee, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche;**
- **infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**

- **conseguenze di infortuni avvenuti nei 260 giorni antecedenti la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 giorni antecedenti la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, già note in tale data all'Assicurato;**
- **conseguenze di Infortuni 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.**

Art. 8 – Cessazione della garanzia per il caso di morte e per il caso di invalidità totale permanente da infortunio:
Tali garanzie cessano, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00:
- della data di scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo;
- della data di esercizio del diritto di recesso;
- della data di pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP da infortunio. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP da infortunio, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
- in caso di estinzione anticipata o di trasferimento (ove l'Assicurato richieda il rimborso del premio residuo) del Mutuo originariamente stipulato.

In caso di contestazione la copertura assicurativa rimane in vigore per gli altri Assicurati sino alla scadenza originariamente convenuta, con gli stessi limiti di indennizzo specificati all'Art. 6.

Art. 9 – Costi.
Art. 9.1 – Costi gravanti sul premio
I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio unico corrisposto.
Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

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

Tabella A

Durata della garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
5 anni (Pacchetto B o C)	64,40% del premio
10 anni (Pacchetto C)	61,35% del premio

Art. 9.2 – Spese per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento
In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia trattiene 50,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

* * *

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

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
80,40%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.
Sono assicurabili le persone fisiche che:
- abbiano stipulato il Contratto di Mutuo con l'Intermediario;
- abbiano un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, non inferiore a 18 anni, né superiore a 60 anni compiuti;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;

- godano di buona salute, ovvero non siano affette da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato.

Per quanto relativo alla durata delle coperture assicurative in caso di Morte e in caso di ITP si rimanda inoltre a quanto previsto dall'art. 11.

Per le garanzie offerte nel presente contratto, in caso di cointestazione del Contratto di Mutuo possono essere assicurate fino a due persone fisiche per una quota pari al 50% dell'importo finanziato, salvo quanto indicato all'Art. 7.
Resta inteso che in tal caso potrà essere assicurato solo un cointestatario del Contratto di Mutuo oppure entrambi i cointestatari.

Art. 11 – Durata.
Salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al precedente Art. 8, la durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva è pari:
- a quella del Mutuo fino ad una durata massima di 5 anni, nel caso in cui l'Assicurato scelga il pacchetto B;
- a quella del Mutuo fino ad una durata massima di 5 o 10 anni, nel caso in cui l'Assicurato scelga il pacchetto C;

fermo restando inoltre che:
- la durata massima relativa alla copertura per il caso morte è pari a 70 anni meno l'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del modulo di adesione;
- la durata massima relativa alla copertura per il caso ITP è pari a 65 anni meno l'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del modulo di adesione.

Ad esempio in caso di Assicurato con età alla data di sottoscrizione del modulo pari a 60 anni, la durata massima per il caso Morte è pari a 10 anni e per il caso ITP è pari a 5 anni.

In caso di estinzione parziale o rinegoziazione del Mutuo, la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento.

Art. 12 – Conflitto di interessi.
La Compagnia si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Compagnia stessa abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.
In ogni caso la Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio all'Assicurato e si impegna a ricercare per l'Assicurato il miglior risultato possibile.

Art. 13 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.
Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.
Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.
Il Contraente, l'Assicurato, i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:
- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato:
- richiesta sottoscritta dall'Assicurato.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo:
- richiesta dell'Assicurato e, qualora richiesto dalla Compagnia, idonea documentazione che attesti l'estinzione anticipata o il trasferimento del mutuo.

In caso di decesso:
- originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- richiesta di liquidazione dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- in presenza di testamento,
  - nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
  - atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari);
- in assenza di testamento, atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesti la mancanza di testamento, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari in polizza);
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo alla data del decesso, dovuto a fronte del Contratto di mutuo. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolute o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie.

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

Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.
La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.
In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario titolare del Contratto di Mutuo.
Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

In caso di invalidità totale permanente da infortunio:
Entro 60 giorni dal giorno in cui è venuto a conoscenza del verificarsi dell'ITP o è avvenuto il sinistro invalidante, l'Assicurato e/o il Beneficiario devono comunicare alla Compagnia il verificarsi dell'ITP.
La denuncia va accompagnata dai documenti giustificativi dell'ITP dell'Assicurato ed inviata mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

La documentazione da fornire comprende:
- originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici;
- fotocopia fronte retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;
- nel caso in cui il Beneficiario sia soggetto diverso dall'Assicurato, fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli

anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente sul quale andrà liquidata la polizza, qualora diverso dal Beneficiario;
- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, resisi necessari per gli infortuni che avrebbero determinato l'ITP;
- certificato medico redatto su apposito modulo fornito dalla Compagnia;
- eventuale certificato attestante l'ITP rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, completo di documentazione presentata per il rilascio;
- ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'ITP.

Entro 6 mesi dal ricevimento di tutta la documentazione completa, la Compagnia si impegna a pronunciarsi sulla sussistenza di un grado di ITP pari o superiore al 60%, sempreché non vi sia disaccordo tra le parti sulla valutazione dell'ITP ed a condizione che la Compagnia abbia a disposizione tutti gli elementi necessari alla valutazione stessa.
Qualora entro il suddetto termine l'ITP risulti in modo definitivo pari o superiore al 60% ovvero qualora l'ITP – ancorché non stabilizzata – risulti pari o superiore al 60% e la Compagnia non preveda il consolidamento per gradi inferiori al 60%, la Compagnia stessa accerta l'ITP.
Qualora, al contrario, l'ITP – non ancora stabilizzata – risulti pari o superiore al 60% ma la Compagnia preveda il consolidamento per gradi inferiori al 60%, la Compagnia si riserva di procedere ad ulteriori accertamenti. A seguito di tali ulteriori verifiche, in caso di consolidamento per gradi superiori al 60%, la Compagnia accerta l'ITP.
In caso di difficoltà di accertamento dell'ITP, la Compagnia potrà svolgere tutte le indagini e potrà sottoporre l'Assicurato alle visite mediche ritenute necessarie ai fini della valutazione dello stato di ITP.
Il Contraente si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione; in particolare il Contraente si impegna a fornire una dichiarazione che indichi l'ammontare del debito residuo alla data di accertamento dello stato di ITP dell'Assicurato, dovuto a fronte del Contratto di Mutuo. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolute o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie.
La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia stata accertata e riconosciuta l'ITP, entro 30 giorni dalla data di accertamento.
Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato e/o dei Beneficiari.
Qualora l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.
L'Assicurato designa i Beneficiari della prestazione in caso di decesso.
In caso di invalidità totale permanente dell'Assicurato, quest'ultimo sarà soggetto Beneficiario.
L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.
La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Art. 15 – Imposte e tasse.
Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari.

Art. 16 – Controversie.
Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia insorgano eventuali controversie sul grado di Invalidità Totale Permanente da infortunio, 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.
È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanete ad epoca da definirsi dal Collegio.

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

Art. 17 – Foro competente.
Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 18 – Prescrizione.
I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Art. 19 – Legge applicabile al contratto.
Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

Adeguata verifica della clientela

L'Adeguata Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.
Tale attività prevede i seguenti adempimenti:

a) identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:
   - ❖ cliente (contraente) ed eventuale esecutore,
   - ❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa),
   - ❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;

b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;

c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;

d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e l'Assicurato.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Capitale in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

Carenza

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

Compagnia

Vedi "Società".

Condizioni di Assicurazione (o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello degli Assicurati.

Contraente

Persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione collettiva.

Contratto (di assicurazione sulla vita)

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Costi (o spese)

Oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.

Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritti (o interessi di frazionamento)	In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurativa.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Età assicurativa	L'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.
Fascicolo informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: – Nota Informativa; – Condizioni di Assicurazione, – Glossario; – Modulo di proposta.
Garanzia assicurativa	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
Invalidità Totale Permanente	Si intende colpito da invalidità totale permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%.

ISVAP	Vedi “IVASS”.
IVASS	L’Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell’evento assicurato.
Normativa FATCA	Il *Foreign Account Tax Compliance Act* è una normativa fiscale americana – recepita in Italia tramite la firma di uno specifico accordo Intergovernativo tra Italia e Stati Uniti – che, al fine di contrastare l’evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. La Compagnia è a tal fine obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni ed una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è altresì obbligata ha effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l’obbligo di comunicazione all’Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (*Internal Revenue Service - IRS*).
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell’ISVAP che la Compagnia deve consegnare al Contraente e agli Assicurati prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.
Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell’esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza caso morte (o in caso di decesso)	Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna al pagamento della prestazione assicurativa al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell’Assicurato. E’ temporanea, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato qualora il decesso dell’Assicurato avvenga nel corso della durata del contratto.
Polizza di assicurazione sulla vita	Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell’Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell’ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell’Assicurato quali il decesso, l’invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Premio annuo	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere annualmente alla Compagnia secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
Premio complessivo	Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.
Premio rateizzato o frazionato	Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre.
Premio unico	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Prestazione assicurativa	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
Questionario Sanitario o anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Quietanza	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società, ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurativa.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Sovrappremio

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

Modulo di proposta

per prodotto assicurativo ad adesione denominato

MUTUO PROTETTO

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

Ente Collocatore Cod. Prodotto **410056**

Numero convenzione **2289**

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n.

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

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver effettuato l'operazione sopra indicata, ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.

Luogo e data _____

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
(firma leggibile)

_____

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

_____

FAC-SIMILE

Ente Collocatore Cod. Prodotto **410056**

Numero convenzione **2289**

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

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

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

_____

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

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

_____

AVVERTENZE

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

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

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

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

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

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

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

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

Luogo e data

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

_____ _____

FAC SIMILE

MODALITA' DI PAGAMENTO

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

	Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa (firma leggibile)	Il Contraente (Timbro della Società e firma del Legale Rappresentante)
Luogo e data _____	_____	_____

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

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

FAC - SIMILE

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA
Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante al Fascicolo Informativo/Prospetto d'offerta

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013 recante "Disposizioni in materia di Gestione dei rapporti assicurativi via web, attuativo dell'articolo 22, comma 8, del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 – Modifiche al Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010" la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area a Lei riservata, tramite la quale le sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

L'accesso alle informative via web ha la finalità di favorire una più efficace gestione dei rapporti assicurativi valorizzando il canale di comunicazione telematico quale strumento per accrescere la trasparenza e semplificare il rapporto impresa-assicurato.

La informiamo che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area a Lei riservata, secondo le modalità pubblicate nella *home page* del sito *internet* della Compagnia.