FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A PROTEZIONE DEL FINANZIAMENTO

ASSICURAZIONE MUTUI PRIVATI

Linea Privati

Convenzione Collettiva Numero: **17000330000302**

Prestazioni assicurate da:

ABC Assicura SpA
Gruppo Cattolica Assicurazioni

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 06/03/2017

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

Abc Assicura S.p.a.

a) ABC Assicura S.p.A Società 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 00647820232, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 147512, Società iscritta all'Albo delle imprese tenuto dall' IVASS al n. 100054

b) Sede Legale e Amministrativa in Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona;

   Telefono: 0458391111; Sito Internet: www.Abcassicura.it, e-mail: informazioni@abcassicura.it; abc.assicura@pec.gruppocattolica.it

c) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: a norma del DM del 8 marzo 1982 G.U. n. 76 del 18 marzo 1982;

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

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2015 ammonta a Euro 16.276.000 di cui Euro 15.190.000 sono relativi al capitale sociale e al totale delle riserve.
L'indice di solvibilità, 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 2015 risulta pari al 412%.

3. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto di Abc Assicura S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Banca Popolare di Vicenza S.p.A..
Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.
Le Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

Per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Malattia Grave l'Assicurazione ha durata pari a quella del contratto di Mutuo.

La copertura decorre dalla Data di accensione del Mutuo (Data Iniziale) e cessa alla scadenza del contratto di Mutuo.

Qualora il contratto di Mutuo avesse durata superiore ai 120 mesi (10 anni), alla scadenza dei 10 anni il contratto si rinnoverà tacitamente di anno in anno alle medesime condizioni originarie, fatta salva la facoltà di disdetta da entrambe le parti da esercitarsi con le modalità e nei tempi indicati in contratto.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda allo specifico Art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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 recesso di cui al punto 8, non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

Lo sconto è applicabile al solo premio unico anticipato (120 mesi), restando esclusa l'applicazione di tale sconto alle successive annualità da pagarsi per mezzo di premi annuali.

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 Convenzione Collettiva. 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.

La disdetta della singola Adesione, è una facoltà data ad entrambe le Parti (Compagnia e Assicurato) esercitabile soltanto al termine dei 120 mesi di copertura, qualora il Mutuo sottostante il contratto avesse una durata più lunga. La comunicazione di disdetta deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura assicurativa.

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 A **Garanzie Danni**	**Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia,** qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo

+ **Garanzie Vita**	**Perdita di Impiego**, qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico. **Malattia Grave**, qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Impresa familiare
	Decesso **Invalidità Totale Permanente da Infortunio**

PACCHETTO B **Garanzie Vita**	**Decesso** **Invalidità Totale Permanente da Infortunio**

Le garanzie Danni sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo e si intendono operanti qualora sia stato sottoscritto dall'Assicurato, nel Modulo di Adesione il relativo Pacchetto Completo di cui sopra, secondo le modalità previste dalle relative Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA – Per gli aspetti di dettaglio sull'Indennizzo previsto per le garanzie Danni si rimanda rispettivamente ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 26;**
- **Perdita di Impiego (PI) – Art. 31;**
- **Malattia Grave (MG) – Art. 35.**

Le garanzie Vita sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo e si intendono sempre operanti.

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

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

- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 28;**
- **Perdita di Impiego (PI) – Art. 33*;***
- **Malattia Grave (MG) – Art. 37;**
- **Decesso -** cfr Fascicolo Informativo Vita;
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio (ITP) -** cfr 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:

- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione;**

- **Perdita di Impiego (PI) – Art. 31 delle Condizioni di Assicurazione*;***
- **Malattia Grave (MG) – Art. 35 delle Condizioni di Assicurazione;**
- **Decesso -** cfr. Fascicolo Informativo Vita;
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio (ITP) -** cfr. Fascicolo Informativo Vita.

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 Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):

1° caso
- periodo di ITT al lavoro comprovato: 05/09/2011 – 01/10/2011
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 30 gg; € 00,00

2° caso
- periodo di ITT al lavoro comprovato: 05/09/2011 – 20/02/2012
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 30 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 cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
In particolare, la Compagnia ha diritto:
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

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. **liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio dell'Assicurato;**

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

3. **disdetta del rinnovo della copertura Danni, trascorsi 120 mesi di copertura assicurativa;**
4. **in caso di esercizio del diritto di recesso.**

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di Premio.
Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ.

7. Premio

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

Il Premio unico e anticipato, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione allo Status Occupazionale dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, alle garanzie prestate, alla durata e all'ammontare del capitale assicurato del Contratto.

Il pagamento del Premio verrà corrisposto alla Società medesima dall' Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca affinché effettui l'incasso del Premio con una delle seguenti modalità alternative:

1. *sul conto corrente dell'Assicurato, un addebito in un'unica soluzione per tutta la durata del Mutuo;*
2. *la trattenuta dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del Mutuo, del Premio unico anticipato dovuto per tutta la durata del Mutuo.*

La Società conferisce al Contraente mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato a favore della Società.

Lo sconto applicato corrisponde al: 1%.

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Addebito in conto corrente
- Trattenuta all'erogazione: l'importo del Premio è finanziato all'Assicurato dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del Mutuo.

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 DANNI	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) - DANNI
63,00%	76,19%

Il tasso di Premio è unico ed è espresso in % del Capitale Assicurato. La frazione di mese viene considerata un'intera mensilità.

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando soltanto il Tasso mensile Lordo danni dello 0,0340%.

Per il tasso danni è stato considerato, sempre a titolo esemplificativo lo Status Occupazionale di Lavoratore Dipendente e quindi la garanzia Perdita di Impiego:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Capitale Finanziato	€ 104.253,54
Età e sesso dell'Assicurato	40 anni
Durata della copertura (mesi)	120 mesi (10 anni)
Premio Lordo Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 4.253,54**
Premio Netto Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 4.149,79**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 2.614,36
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 1.991,88

7.3 *AVVERTENZA* - Rimborso del Premio per estinzione anticipata del Mutuo

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

I premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il Premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

A tale risultato vengono sottratte le spese di rimborso, così come indicate nel Modulo di Adesione.

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

Dove:
R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del Mutuo
Sp = spese di rimborso

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Mutuo	06/09/2010
Data Scadenza Mutuo	06/09/2015
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in mesi	60
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	34
Spese di Rimborso	€ 25,00

$$R = € 1000 * 34/60 - € 25,00$$
$$R = € 541,67$$

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta esplicita del Debitore/Assicurato, mantiene attiva la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria, anche se il Mutuo collegato è stato estinto o trasferito.

8. *AVVERTENZA* - Diritto di Recesso
L'Assicurato può recedere dal presente contratto:

- **Entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale inviando la richiesta di recesso alla Compagnia.**

  Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia rimborserà totalmente il premio corrisposto, senza applicare alcun onere a carico dell'Assicurato.

  Nel caso di recesso esercitato entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia rimborserà il premio corrisposto, ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia, dal premio rimborsato all'Assicurato.

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 sopra, unitamente alla documentazione richiesta.

(*) ABC Assicura S.p.A

c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL

Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA)

La documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo: sinistri.cattolica@legalmail.it

Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

Per i documenti da inviare in caso di sinistro, si rimanda all'articolo 13 delle CGA.
Qualora l'Assicurato non fornisca la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

13. Reclami

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

ABC Assicura S.p.A.
- Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa
- Servizio Reclami di Gruppo -
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.336
E-mail: reclami@abcassicura.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'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.

14. *AVVERTENZA* - Arbitrato

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (ITT) - Art. 30 Condizioni di Assicurazione;

Malattia Grave (MG) - Art. 39 Condizioni di Assicurazione

Abc Assicura S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
(Dott. Carlo Barbera)

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 con la Banca Contraente.
Sono assicurabili fino ad un massimo di 2 persone fisiche, cointestatarie del Contratto di Mutuo.
Il soggetto assicurato deve aver sottoscritto il Modulo di Adesione, nelle parti a lui riservate e deve presentare i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 2 del presente contratto di assicurazione.

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

Beneficiario
Il soggetto che beneficia delle prestazioni assicurative previste dal contratto.

Capitale assicurato
L'importo, indicato nel Modulo di adesione, che l'Assicurato in fase di sottoscrizione del contratto, richiede di assicurare (nel rispetto dei limiti previsti): l'importo del mutuo in misura totale (100%) o parzialmente nelle misure predefinite del 75% o 50%.

Contraente
Banca Nuova S.p.A, che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva a favore dei propri clienti;

Contratto/Mutuo
Il contratto di Mutuo – con capitale massimo di € 500.000,00 se monointestato o non maggiore di € 1.000.000 in caso di cointestazione - garantito da ipoteca tra la Banca Contraente e l'Assicurato, con il quale la Banca Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma determinata, finalizzata indicativamente ad una o più delle seguenti finalità: acquisto della proprietà, accollo con liberatoria ("Accollo") surroga o sostituzione di un precedente Mutuo oltre a spese per completamento della costruzione, ristrutturazione, ampliamento, costruzione, manutenzione ordinaria/straordinaria, esecuzione di opere di miglioramento e/o restauro, di un bene immobile, comprese le eventuali altre spese accessorie (quali ad esempio oneri notarili e fiscali), ed ulteriore liquidità che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Banca Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, inclusivo di un eventuale periodo di pre-ammortamento (di durata massima di 3 mesi). È inoltre compreso il Mutuo Stato Avanzamento Lavori ove tra la prima e l'ultima erogazione del Mutuo – piano di ammortamento - non siano trascorsi più di 18 mesi ("Mutuo S.A.L."); in tali casi la copertura decorre dall'ultima erogazione di tranche del finanziamento.

Per poter essere assicurati i contratti di Mutuo devono avere una durata compresa tra 60 e 420 mesi.

Data Iniziale:
a) **Nel caso di contratto relativo a Mutuo a concedersi:** le ore 24.00 del giorno in cui è erogata a favore dell'Assicurato la somma oggetto del Contratto, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.

b) **Nel caso di contratto relativo a Mutuo già in precedenza concesso ed erogato (max 60gg prima)**: le ore 24.00 del giorno in cui è sottoscritto il Modulo di Adesione, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale.

c) Nel caso di Accollo di Mutuo: le ore 24.00 del giorno in cui è avvenuto l'Accollo sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione (è possibile assicurare anche le operazioni di Accollo entro 60 giorni dalla data riportata nell'Atto Notarile). La data iniziale è la data riportata nell'Atto notarile di Accollo e l'importo assicurato deve coincidere con il debito residuo alla data dell'Accollo (fatto salva la scelta dell'Aderente di assicurare parzialmente per importo l'operazione di Accollo).

d) Nel caso di Contratto relativo a Mutuo S.A.L.: le ore 24.00 del giorno in cui è avvenuta l'ultima erogazione della tranche di Mutuo sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione. E' possibile assicurare le operazioni di Mutuo S.A.L. entro 60 giorni dall'ultima tranche erogata del Mutuo – che coincide con la data di inizio ammortamento.

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

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.

Modulo di Adesione
La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato per aderire alla Polizza Convenzione 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 o di Ente Pubblico, 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 alle coperture assicurative di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio
Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l'Invalidità Totale Permanente, l'Inabilità Totale Temporanea.
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
Banca Nuova S.p.A., Via Giacomo Cusmano, 56 - 90141 Palermo

Invalidità totale permanente da Infortunio
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%.

Lavoratore Autonomo
La persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio, senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, e che deve presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito di lavoro dipendente o pensione.

Lavoratore Dipendente Privato
La persona fisica che presti 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, a tempo indeterminato o determinato, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore.

Lavoratore Dipendente Pubblico
La persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, a tempo indeterminato o determinato, 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, i lavoratori nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato cosi come da L. 70/1975.

Lavoratore di Impresa Familiare
Il lavoratore che – in qualità di coniuge, parente entro il terzo grado o affine entro il secondo del datore di lavoro – presta la propria attività lavorativa in modo continuativo e con vincolo di subordinazione come dipendente privato di un'impresa familiare. Ai fini della presente Polizza Collettiva, per "Impresa Familiare" si intende l'attività economica alla quale collaborano in modo continuativo il coniuge, i parenti entro il terzo grado o affini entro il secondo.

Malattia
Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Grave

I casi di Tumore, Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto d'organo.

Massimale
Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie.

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.

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, determinato ai sensi dell'Art. 4.

Periodo di 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.

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 della liquidazioni di un sinistro per Inabilità Totale Temporanea o di Perdita di Impiego o di Malattia Grave, 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 Malattia Grave.

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

Premio
La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che l'Assicurato deve alla Società secondo il Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

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.

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 dal Contraente nel piano di ammortamento della rata dovuta dall’Assicurato alla Banca Contraente stesso 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.

In riferimento a Contratti con capitale assicurato maggiore di € 200.000, il predetto importo mensile è calcolato dalla Compagnia sempre e comunque sulla base di un capitale assicurato pari ad € 200.000, prendendo in considerazione il tasso di interesse e la durata del piano di ammortamento effettivamente applicati al Contratto.

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

Società
ABC Assicura S.p.A., con sede Legale in Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1. In base alla presente Polizza la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo qualora si verifichi un Sinistro, per:

   - **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo -** (*Sezione A delle Condizioni Particolari*);

   - **PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico** - (*Sezione B delle Condizioni Particolari*);

   - **MALATTIA GRAVE dell'Assicurato che sia Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Impresa Familiare -** (*Sezione C delle Condizioni Particolari*)

2. Pertanto, a seconda dello status occupazionale dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, le coperture Danni prestate a ciascun Assicurato sono le seguenti:

Lavoratore Dipendente Pubblico o Privato:

PACCHETTO A	**Perdita di Impiego**
Garanzie Danni	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio ≥ 60% (*)**
+	
Garanzie Vita	**Decesso**

Lavoratore Autonomo:

PACCHETTO A	**Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**
Garanzie Danni	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio ≥ 60% (*)**
+	
Garanzie Vita	**Decesso**

Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Impresa Familiare:

PACCHETTO A	**Malattia Grave**
Garanzie Danni	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio ≥ 60% (*)**
+	
Garanzie Vita	**Decesso**

(*) - 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 purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%.

3. A ciascun Assicurato, le predette garanzie Danni sono offerte congiuntamente, come parte di un unico pacchetto assicurativo, alla garanzia di ramo vita per il caso di Decesso e di Invalidità Totale Permanente da Infortunio dell'Assicurato, prestate dalla compagnia Berica Vita S.p.A.. Le garanzie Danni sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo, mentre le garanzie Vita sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo.
4. All'Assicurato sono prestate le coperture che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, corrispondono al suo effettivo status occupazionale, in base alla tabella sopra riportata. Ciascun Assicurato, pertanto, paga solo il Premio relativo alle coperture a lui prestate in base al sui effettivo status occupazionale.
   In caso di cambiamento di status occupazionale dell'Assicurato stesso in corso di contratto, si applica quanto previsto al successivo Art. 12.

5. In fase di sottoscrizione del contratto, in caso di scelta di pagamento con addebito in conto, l'Assicurato può richiedere che il capitale assicurato possa coprire, nel rispetto dei limiti previsti, l'importo del mutuo in misura totale (100%) o parzialmente nelle misure predefinite del 75% o 50%.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

2.1. È assicurabile la persona fisica che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. abbia sottoscritto il Contratto in qualità di mutuatario con la Banca Contraente e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa;

2. abbia un'età assicurativa al momento della sottoscrizione del Mutuo compresa tra i 18 e 65 anni;

3. abbia un'età assicurativa a scadenza della copertura assicurativa non superiore a 75 anni;

4. qualora sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico svolga un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi di almeno 16 ore settimanali;

5. abbia risposto in modo veritiero a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario fornito dalla Compagnia.

   ***ATTENZIONE* – Resta inteso che la Compagnia ha diritto:**
   - di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
   - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente

   Per capitali oltre i € 200.000 è richiesta inoltre la presentazione di specifica documentazione sanitaria come meglio disciplinato nell'apposito separato Fascicolo Informativo.

6. **NON svolga una delle seguenti professioni**: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

2.2. Nel caso in cui il Contratto sia sottoscritto congiuntamente da due o più mutuatari, è data la possibilità di scegliere fra le seguenti alternative:

- ***Assicurare uno solo dei cointestatari***, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del Mutuo;

- ***Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di Mutuo (fino ad un massimo di due)***, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di assicurabilità di cui Art. 2.1. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata al 50% dell'intero importo del Mutuo.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI
In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Malattia Grave il 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 si 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 al precedente Art. 2.1.

- **Per le garanzie DANNI (Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Malattia Grave):** l'Assicurazione ha durata pari a quella del contratto di Mutuo. La copertura decorre dalla Data di accensione del Mutuo (Data Iniziale) e cessa alla scadenza del contratto di Mutuo.

  Qualora il contratto di Mutuo avesse durata superiore ai 120 mesi (10 anni), alla scadenza dei 10 anni il contratto si rinnoverà tacitamente di anno in anno alle medesime condizioni originarie, fatta salva la facoltà di disdetta da entrambe le parti da esercitarsi con le modalità e nei tempi indicati al successivo Art. 6.

  In particolare, la Compagnia precisa al riguardo che potrà esercitare il proprio diritto di recedere dal contratto decorsi i termini di cui sopra in particolare nel caso in cui si verifichino mutate condizioni di mercato e/o tecnico attuariali in riferimento alle prestazioni assicurative collegate alla polizza stessa.

- **Per le garanzie VITA (Morte e Invalidità Totale Permanente da Infortunio):** l'Assicurazione ha durata pari a quella del contratto di Mutuo, con il minimo di 60 mesi e il massimo di 420 mesi, inclusivo dell'eventuale periodo di preammortamento di massimo tre mesi (Cfr Fascicolo Informativo Vita).

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 Recesso di cui all'Art. 7, **non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.**

Lo sconto è applicabile al solo premio unico anticipato (120 mesi) relativo alle garanzie Danni, restando esclusa l'applicazione di tale sconto alle successive annualità da pagarsi per mezzo di premi annuali.

Art. 5 - RIMBORSO DEL PREMIO

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

I premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il Premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

A tale risultato vengono sottratte spese di rimborso così come indicate nel Modulo di Adesione.

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

Dove:
R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del Mutuo
Sp = spese di rimborso

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Mutuo	06/09/2010
Data Scadenza Mutuo	06/09/2015
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in mesi	60
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	34
Spese di rimborso	€ 25,00

R = €1000 * 34/60 - € 25,00
R = € 541,67

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta esplicita del Debitore/Assicurato, mantiene attiva la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria, anche se il Mutuo collegato è stato estinto o trasferito.

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. liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio dell'Assicurato;
2. per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico;
3. disdetta del rinnovo della copertura Danni, trascorsi i primi 120 mesi di copertura assicurativa, o annualmente, in caso di successivi rinnovi annuali della copertura assicurativa.
   La comunicazione di disdetta deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura assicurativa.
   Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare la disdetta si faccia riferimento al successivo Art. 21.
   Nel caso di disdetta di una adesione di un Mutuo cointestato, l'altra adesione precedentemente sottoscritta per lo stesso Mutuo rimane comunque in vigore.
4. in caso di esercizio del diritto di recesso, nei casi di cui all'Art. 7.

ART. 7 – DIRITTO DI RECESSO

7.1 – Recesso entro i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza

L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 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.), direttamente alla Compagnia o 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 60 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.

Nel caso di recesso esercitato entro **30 giorni** dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale**,** la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato**, senza alcun onere a carico di quest'ultimo.**

Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed **entro 60** giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni

dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, **ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia**.

La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

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, 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 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:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il Premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

$$R = P * MR/D$$

Dove:
R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del Mutuo

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 mesi	60
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	34

R = €1000 * 34/60
R = € 566,67

ART. 8 – PREMIO

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

Il Premio unico e anticipato, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione allo Status Occupazionale dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, alle garanzie prestate, alla durata e all'ammontare del capitale assicurato del Contratto.

L'importo del Premio unico e anticipato si ottiene applicando al capitale assicurato il Tasso di Premio Lordo Mensile, secondo quanto indicato nella Tabella sotto riportata, moltiplicato per 120 mesi, qualora la durata del contratto sia maggiore o uguale a 120 mesi, per il numero di mesi effettivi di durata del Mutuo, qualora la durata sia inferiore.

Status Occupazionale Assicurato	Tasso di Premio Lordo Mensile
Lavoratore Autonomo	**0,01315%**
Lavoratore Dipendente Pubblico/Privato	**0,03424%**
Non Lavoratore Lavoratore Dipendente di Impresa familiare	**0,02286%**

Il pagamento del Premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca affinché effettui l'incasso del Premio con una delle seguenti modalità alternative:

1. *sul conto corrente dell'Assicurato, un addebito in un'unica soluzione per tutta la durata del Mutuo;*
2. *la trattenuta dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del Mutuo, del Premio unico anticipato dovuto per tutta la durata del Mutuo.*

La Società conferisce al Contraente mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato a favore della Società.

Lo sconto applicato al tasso corrisponde al: 1%.

Art. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Addebito in conto corrente
- Trattenuta all'erogazione: l'importo del Premio è finanziato all'Assicurato dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del Mutuo.

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 DANNI	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) - DANNI
63,00%	76,19%

Il tasso di Premio è unico ed è espresso in % del Capitale assicurato. La frazione di mese viene considerata un'intera mensilità.

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando soltanto il Tasso mensile Lordo danni dello 0,0340%.

Per il tasso danni è stato considerato, sempre a titolo esemplificativo, lo Status Occupazionale di Lavoratore Dipendente e quindi la garanzia Perdita di Impiego:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Capitale Finanziato	€ 104.253,54
Età e sesso dell'Assicurato	40 anni
Durata della copertura (mesi)	120 mesi (10 anni)
Premio Lordo Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 4.253,54**
Premio Netto Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 4.149,79**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 2.614,36
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 1.991,88

ART. 11 - REGIME FISCALE

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

ART. 12 – AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO - MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale originaria, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia.
Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare i documenti si faccia riferimento all'Art. 21 – COMUNICAZIONI.

Le situazioni che da tale mutamento occupazionale possono causare l'aggravamento del rischio ove non comunicate alla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini , previsti dall'art.1898 cod. civ. e fermo restando quanto previsto all'ultimo comma del citato articolo.

Nel caso in cui la modifica della condizione occupazionale (anche nel caso di diminuzione del rischio) dell'Assicurato, benché comunicata, sia tale da comportare una variazione dei presupposti in base ai quali la copertura era stata pattuita, la Società provvederà, a far data dal ricevimento della comunicazione, a risolvere il contratto (Parte Danni) e alla restituzione del relativo premio pagato e non goduto al netto delle imposte secondo le modalità previste all'Art. 5.

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

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

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

(*) ABC Assicura S.p.A

c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL

Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA)

La documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo: sinistri.cattolica@legalmail.it

Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo 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 e inoltrarlo alla Società non oltre il 60esimo giorno dal termine del precedente periodo di 30 giorni.
La Società 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.

Documenti da inviare in caso di sinistro:

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

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

In caso di Perdita di Impiego (PI):

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

In caso di Malattia Grave (MG):

- copia di un documento di identità;
- attestazione di un medico che certifichi la diagnosi di Malattia Grave, corredata dalla documentazione medica necessaria;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

L'Assicurato, i suoi familiari od eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte, i suoi familiari od eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

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

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 Relativa o Assoluta 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. 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 all'Assicurato;**
- **fornire alle Compagnie i dati anagrafici e fiscali dell'Assicurato;**
- **sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali predisposta e resa disponibile da ABC Assicura S.p.A.**
- **comunicare alla Compagnia tutte le date di estinzione anticipata dei Mutui a cui viene abbinata la presente copertura assicurativa.**

ART. 15 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
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 cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra assicurato e banca contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
In particolare, la Compagnia ha diritto:
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

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. 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
I limiti territoriali delle singole garanzie offerte con la presente Polizza sono riportati negli articoli. "Esclusioni" riferiti ad ogni specifica sezione: Art. 28 Esclusioni per il Caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Art. 33 Esclusioni per il Caso di Perdita di Impiego, Art. 37 Esclusioni per il Caso di Malattia Grave.

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:

ABC ASSICURA S.P.A.:
Via C. Ederle, 45, 37126 Verona
Fax +39.045.83.91.920

BANCA NUOVA S.P.A.:
Via Giacomo Cusmano, 56 - 90141 Palermo

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:

ABC Assicura S.p.A.
- Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa
- Servizio Reclami di Gruppo -
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 045.83.72.336
E-mail: reclami@abcassicura.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'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.

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

La garanzia è offerta per i Lavoratori Autonomi

ART. 26 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA
L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del periodo di **Franchigia Assoluta pari a 30 giorni**.
Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un **Indennizzo massimo pari a 12 Rate Protette**, e un massimo di **36 Rate Protette nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.**

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di **Euro 2.000,00**, limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

ART. 27 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA
Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore Autonomo e che sia Lavoratore Autonomo alla data del Sinistro, la Società 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 in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA;
4. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 28.

ART. 28 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA
Sono esclusi dall'oggetto dell'Assicurazione:

1. Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
2. Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni

sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;

3. Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

4. Infortuni o Malattie causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;

5. Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;

6. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;

7. Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

8. operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;

9. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;

10. 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;

11. Dolo o Colpa Grave dell'Assicurato o del Beneficiario.

ART. 29 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea 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 **90 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

La garanzia è offerta ai Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici e/o Privati

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 della Rata Protetta.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego dal termine del periodo di **Franchigia Assoluta pari a 30 giorni**.
Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un **Indennizzo massimo pari a 12 Rate Protette**, e un massimo di **36 Rate Protette nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.**

In caso di sinistro occorso a lavoratori con contratto a tempo Determinato o con contratto avente comunque un termine di naturale scadenza, il diritto al percepimento dell'Indennizzo cessa alla data di scadenza del contratto di lavoro originariamente prevista; conseguentemente non verranno indennizzate le Rate relative al periodo successivo alla originaria data di scadenza del contratto di lavoro, anche in caso di persistenza, oltre tale data, dello stato di Disoccupazione.

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di **Euro 2.000,00**, limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

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

Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Privato e che sia Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Privato alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 31, a condizione che:

1. la Perdita di Impiego si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;

2. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data di scadenza del **Periodo di Carenza pari a 60 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA;

3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33.

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

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per Perdita di Impiego se:

1. l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo consecutivo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato

il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;

2. al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita di Impiego, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;

3. la Perdita di Impiego sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, per motivi disciplinari o professionali;

4. la Perdita di Impiego sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;

5. la Perdita di Impiego sia dovuta a dimissioni o ad altre cause dipendenti dalla volontà dell'Assicurato;

6. la perdita del posto di lavoro è una conseguenza della naturale scadenza del contratto di lavoro;

7. al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla legge italiana;

8. l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);

9. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;

10. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.

ART. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione pari a 180 giorni** consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

SEZIONE C

ASSICURAZIONE MALATTIA GRAVE

La garanzia è offerta ai NON Lavoratori e ai Lavoratori Dipendenti di Impresa familiare

ART. 35 – INDENNIZZO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

L'Indennizzo previsto nel caso di Malattia Grave consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà, in un'unica soluzione e in via anticipata un **Indennizzo pari a 12 Rate Protette**, o il numero delle rate protette quante sono le rate mancanti alla scadenza del Mutuo.

Sono indennizzabili sino a tre Malattie Gravi dell'Assicurato **(36 Rate Protette)**, tra quelle elencate al successivo Art. 36, diverse l'una dall'altra, diagnosticate nel corso della durata dell'assicurazione.

Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non è indennizzabile una Malattia Grave già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo.

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di **Euro 2.000,00**, limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

ART. 36 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Non Lavoratore o come Lavoratore Dipendente di Impresa Familiare e che sia Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Impresa Familiare alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 35, a condizione che:

1. La Malattia Grave si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del **Periodo di Carenza di 30 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA;
4. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 37;
5. Il Sinistro sia ascrivibile ad una delle Malattie Gravi definite successivamente:

1) <u>Tumore</u>

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarcke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).

2) Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare
Nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronarico.

3) Infarto Miocardico
Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno.
La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
-storia del dolore cardiaco tipico;
-comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
-modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.

4) Ictus cerebrale
Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

5) Insufficienza renale
Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

6) Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo.
E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

ART. 37 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

i. malattie tropicali o epidemiche;
ii. 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;
iii. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
iv. operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;
v. 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;
vi. 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.);
vii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
ix. Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
x. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;

xi. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

xii. 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.

Il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Malattia Grave sia stata causata da o conseguente a:

i. interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;

ii. lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;

iii. partecipazione dell'Assicurato, alla guida o come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;

iv. Cardiopatia a seguito della quale residui una frazione di eiezione (FE) superiore al 40%.

ART. 38 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione di un Sinistro per Malattia Grave nessun Indennizzo verrà corrisposto per i successivi Sinistri per Malattia Grave se non sia trascorso un **Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi**.
Il Periodo di Riqualificazione decorre dalla data in cui, in base al piano di ammortamento del Mutuo, è dovuta la dodicesima Rata indennizzata per Malattia Grave.

ART. 39 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della Malattia oppure sulla durata della stessa, 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.

Berica Vita S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

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

Assicurazione Mutui Privati

CONVENZIONE COLLETTIVA N. 9.850.000

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, 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.

61933 - Ed. aggiornata al 06/03/2017

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE ED 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'IVASS.

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) Berica Vita S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 019. Codice fiscale/PIVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Vicenza 03096340249;
b) Sede Legale:Via Battaglione Framarin, 18 – 36100 Vicenza – Italia;
c) Direzione Operativa: Via Carlo Ederle, 45 – 37126 – Verona - Italia;
d) Telefono: 0458236811; sito Internet: www.bericavita.it; indirizzo di posta elettronica: bericavita@bericavita.it; indirizzo posta elettronica certificata: bericavita@pec.gruppocattolica.it;
e) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2265 del 2 aprile 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 84 del 9 aprile 2004;
f) Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00147.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2015 ammonta a 74 milioni di Euro (capitale sociale: 31 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 34 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 2015 risulta pari a 1,16 volte.

B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

3.1 Elenco prestazioni assicurative previste dalla Convenzione Assicurativa Collettiva (garanzie Danni e Vita)

La Convenzione Collettiva offre le seguenti garanzie vita e danni:

Garanzie danni	– Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio o da Malattia (solo per lavoratori autonomi) – Perdita di Impiego (solo per lavoratori dipendenti di Enti Privati e lavoratori dipendenti di Enti Pubblici) – Malattia Grave (solo per non lavoratori)
Garanzie vita	– Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio – Morte

Le garanzie (prestazioni assicurative) vita sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo,
Le garanzie (coperture assicurative) danni sono invece disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo (Convenzione Danni).

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

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva corrisponde a quella del Contratto di Mutuo, comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento (massimo 3 mesi), concesso dall'Ente Erogatore del Mutuo a ciascun Assicurato, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.
Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata minima di 60 mesi e massima di 420 mesi, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui all'Art. 8 e fermo restando quanto previsto all'art. 10 (Requisiti soggettivi) e art. 11 – (Durata) delle Condizioni di Assicurazione.

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. In tal caso 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 da Infortunio: 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 del Questionario Sanitario.

4. Premi

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.
Il premio unico, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione all'ammontare del capitale assicurato iniziale, all'età assicurativa dell'Assicurato e alla durata del contratto di Mutuo sottoscritto dall'Assicurato.

Il premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui l'incasso del premio tramite:

1. addebito sul conto corrente dell'Assicurato;
2. trattenuta da un importo finanziato.

La Società conferisce al Contraente della Convenzione Collettiva mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato a favore della Società.

In caso di sopravvivenza e di non sopraggiunta invalidità totale e permanente 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:

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)
53,00% del premio	75,47 %	3.261,72 Euro (*)

(*) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio pari a 8.154,30 Euro corrispondente ad un Mutuo di 100.000,00 per una durata di 240 mesi, stipulato da un assicurato di 45 anni.

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. In tal caso la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento.
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.
I costi gravanti sul premio unico sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Costi gravanti sul premio
53,00% del premio

5.1.2 Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo, la Compagnia trattiene 25,00 Euro di spese amministrative 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 stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento:

Tabella B

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
Costi gravanti sul premio	53,00%	75,47%
Spese amministrative per il rimborso del premio	25,00 Euro	0,00%

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 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante fax al numero 045-8391920 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 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 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

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 comprensiva dell'apposito modulo di denuncia, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, inviandola mediante fax al numero 045/8372304 o mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona - Italia.

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: Berica Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0458372343 – E-mail reclami@bericavita.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 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.

16. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto di Berica Vita S.p.A., Società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Banca Popolare di Vicenza S.p.A..
Banca Nuova S.p.A. appartiene al Gruppo bancario "Banca Popolare di Vicenza".
Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.
La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno all'Assicurato.

Berica Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
Carlo Barbera

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE ED 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 da infortunio (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 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 ed Invalidità totale permanente da infortunio prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto riportato di seguito:

- Qualora l'importo complessivamente assicurato non sia superiore a 200.000,00 Euro è richiesta la sola compilazione del Questionario Sanitario.
  In questo caso sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7.
  Nel caso di mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, l'Assicurazione Temporanea in caso di Morte relativa a ciascun singolo Assicurato non produrrà effetti.
- Qualora l'importo complessivamente assicurato sia superiore a 200.000,00 Euro e fino a 300.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine.
- Qualora l'importo complessivamente assicurato sia superiore a 300.000,00 Euro e fino a 500.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti, elencati nella seguente tabella:

Analisi completa delle urine ed i seguenti esami del sangue: − emocromo completo, − colesterolo totale, − HDL, LDL, − trigliceridi, − Glicemia, Hbs Ag e HCV. Elettrocardiogramma con prova da sforzo massimale al cicloergometro secondo protocolli standard e con tracciato completo.

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di € 500.000,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Mutuo della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.

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.

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 presente contratto.

Art. 3 – Diritto di recesso.
Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
Il recesso si esercita mediante fax al numero 045-8391920 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 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 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

Art. 4 – Il premio.
Il premio unico, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione all'ammontare del capitale assicurato iniziale, all'età assicurativa dell'Assicurato e alla durata del contratto di Mutuo sottoscritto dall'Assicurato.

Il premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui l'incasso del premio tramite:
1. addebito sul conto corrente dell'Assicurato;
2. trattenuta da un importo finanziato.

La Società conferisce al Contraente della Convenzione Collettiva mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato a favore della Società.

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. In tal caso la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento.

Criteri e modalità per la definizione del rimborso del premio.
La parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria è calcolata, per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del

capitale assicurato residuo; per i costi in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.
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 (Art. 9 – tabella A)
N = durata della copertura assicurativa 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 Mutuo

Dal premio determinato con la regola sopra riportata la Compagnia trattiene 25,00 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 = 53,00%
N = 240 mesi
K = 60 mesi
J = 3%
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: 1.000,00 * (1- 53,00%) * [(240-60)/240] * [1-(1+3%/12)^-(240-60)] / [1-(1+3%/12)^-240] = 283,09 Euro
Rimborso dei costi: 1.000,00*53,00%*[(240-60)/240] = 397,50 Euro
Importo del premio da rimborsare = 283,09 + 397,50 – 25,00 = 655,59 Euro

Esempio n°2
PVita = 1.000,00 Euro
H = 53,00%
N = 240 mesi
K = 120 mesi
J = 3%
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: 1.000,00 * (1-53,00%) * [(240-120)/240] * [1-(1+3%/12)^-(240-120)] / [1-(1+3%/12)^-240] = 134,97 Euro
Rimborso dei costi: 1.000,00*53,00%*[(240-120)/240] = 265,00 Euro
Importo del premio da rimborsare = 134,97 + 265,00 – 25,00 = 374,97 Euro

Art. 5 – Dichiarazioni dell'Assicurato.
L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui 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, informandone il Contraente, dichiarando 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 all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

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 in linea capitale, o alla quota parte dello stesso in caso di cointestazione, quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato o alla data di accertamento dello stato di ITP dello stesso.

Il debito residuo, determinato dalla Compagnia, è calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN e della durata dell'assicurazione, indicati nel Modulo di Adesione.
Nel caso in cui il premio sia finanziato il capitale assicurato iniziale verrà incrementato del premio di competenza. Durante il periodo di preammortamento il debito residuo è costante ovvero non decresce.

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 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.

<u>Cointestazione</u>

Nel caso in cui il Contratto di Mutuo sia sottoscritto congiuntamente da due o più mutuatari, è possibile:

- assicurare uno solo dei contestatari, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile;
- assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di due). Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile.

<u>Copertura parziale</u>

L'Assicurato potrà scegliere, al momento della sottoscrizione del modulo di Adesione, una copertura dell'importo del Mutuo in misura totale o parziale predefinita. In caso di copertura parziale le aliquote potranno essere pari al 75% o al 50% del Mutuo. In caso di cointestazione tale percentuale è uguale per ciascun soggetto assicurato.
In caso di copertura parziale rispetto all'importo del Mutuo, il premio non può essere finanziato.

<u>Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di € 500.000,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Mutuo della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.</u>

Qualora sia già stato liquidato un indennizzo per la garanzia danni Malattia Grave (pari a 12 rate in un'unica soluzione) e il Decesso sia avvenuto entro 12 mesi dalla diagnosi della patologia, dal calcolo del debito residuo saranno dedotte le rate già corrisposte per la Malattia Grave in riferimento al medesimo periodo temporale.

Art. 7 – Rischio morte ed Invalidità Totale e Permanente da Infortunio – Esclusioni e limitazioni della garanzia.

Art. 7.1 Rischio Morte - ESCLUSIONI
È esclusa dall'oggetto dell'Assicurazione la morte causata da:

- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
- **suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla data di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
- **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 idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
- **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**
- **malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;**
- **dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;**
- **svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.**

Art. 7.1.1 Condizioni di Carenza
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 il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto dal Contraente, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.
Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi 6 mesi dalla conclusione del contratto 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.

Art. 7.1.2 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. 7.2 - Rischio invalidità totale permanente da infortunio – ESCLUSIONI.

Sono esclusi dalla garanzia i casi di ITP dovuti ad infortuni che si siano verificati in conseguenza diretta o indiretta di:

- **partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- **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 trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;**
- **ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
- **operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;**
- **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **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.);**
- **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;**
- **svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;**
- **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**
- **dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.**

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 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo;
- esercizio del diritto di recesso;
- pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
- in caso di estinzione anticipata o di trasferimento (ove l'Assicurato riceva il rimborso del premio residuo) del Mutuo originariamente stipulato.

Ove vi siano più Assicurati, la cessazione per uno di essi dell'Assicurazione non pregiudica la continuazione dell'Assicurazione a favore degli altri Assicurati, con gli stessi limiti di indennizzo specificati ai punti precedenti.

Art. 9 – Costi.
Art. 9.1 – Costi sul premio
I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio unico corrisposto.

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

Tabella A

Costi gravanti sul premio
53,00% del premio

Art. 9.2 – Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo
In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo, la Compagnia trattiene 25,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato a titolo di spese amministrative.

* * *

Nella Tabella B di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento:

Tabella B

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
Costi gravanti sul premio	53,00%	75,47%
Spese amministrative per il rimborso del premio	25,00 Euro	0,00%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.
Sono assicurabili le persone fisiche che:

- abbiano stipulato il Contratto di Mutuo con l'Intermediario;
- abbiano un'età assicurativa, al momento della sottoscrizione del modulo di adesione, non inferiore a 18 anni né superiore a 65 anni non compiuti;
- abbiano un'età assicurativa a scadenza della copertura assicurativa non superiore a 75 anni non compiuti;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbiano sottoscritto il Questionario Sanitario e nei casi previsti il Rapporto di Visita Medica.

Attenzione – Resta inteso che la Compagnia ha diritto:

- **di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;**

- **di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.**

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.

Il Contraente e l'Assicurato devono avere il proprio domicilio in Italia secondo l'art. 43 comma 1 del cod. civ..

Art. 11 – Durata.
La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva, indicata nel modulo di adesione, corrisponde a quella del Contratto di Mutuo, comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento (massimo 3 mesi), concesso dall'Ente Erogatore del Mutuo a ciascun Assicurato, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al precedente Art. 8.
Si conviene in ogni caso che il contratto di finanziamento di cui alla presente copertura assicurativa può avere una durata minima di 60 mesi e massima di 420 mesi, fermo restando inoltre che la durata massima è pari a 75 anni meno l'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del modulo di adesione.
A titolo esemplificativo se l'età dell'Assicurato alla decorrenza è pari a 65 anni, la durata massima del finanziamento e della copertura assicurativa sarà di 10 anni.
La data di decorrenza della copertura assicurativa non può in ogni caso protrarsi oltre 60 giorni dalla data di erogazione del Mutuo.

Art. 12 – Conflitto di interessi.
Il presente contratto è un prodotto di Berica Vita S.p.A., Società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Banca Popolare di Vicenza S.p.A..
Banca Nuova S.p.A. appartiene al Gruppo bancario "Banca Popolare di Vicenza".
Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.
La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno all'Assicurato.

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:
- 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;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
  - in presenza di testamento:
    - nel caso in cui i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
    - l'attestazione 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 designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari);
  - in assenza di testamento:
    - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

  Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;
- 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, comprensiva dell'apposito modulo di denuncia, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045/8372304 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – 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 045/8372304 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

La documentazione da fornire comprende:
- fotocopia fronte retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;
- nel caso in cui Beneficiario sia soggetto diverso dall'Assicurato, fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente sul quale andrà liquidata la polizza, qualora diverso dal Beneficiario;

– copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, resisi necessari per gli infortuni che avrebbero determinato l'ITP;
– certificato medico redatto su apposito modulo fornito dalla Compagnia;
– 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.
In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiari sono gli eredi dell'Assicurato stesso.
In caso di invalidità totale permanente dell'Assicurato, quest'ultimo sarà soggetto Beneficiario.
L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.
La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

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

Art. 16 – Controversie.
Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia insorgano eventuali controversie sul grado di Invalidità Totale Permanente da infortunio, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.
L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.
I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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

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

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

GLOSSARIO

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

Ciascuna delle persone fisiche, fino ad un massimo di due, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto e sottoscritto il Modulo di Adesione e presenti i requisiti soggettivi di cui all'Art. 10 del presente contratto di assicurazione

Beneficiario

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

Capitale assicurato

L'importo, indicato nel Modulo di adesione, che l'Assicurato in fase di sottoscrizione del contratto, richiede di assicurare (nel rispetto dei limiti previsti): l'importo del mutuo in misura totale (100%) o parzialmente nelle misure predefinite del 75% o 50%.

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	Il contratto di mutuo garantito da ipoteca tra la Banca Contraente e l'Assicurato, con il quale la Banca Contraente concede in prestito o ha già precedentemente concesso all'Assicurato una somma determinata, finalizzata indicativamente ad una o più delle seguenti finalità: acquisto della proprietà, accollo, surroga o sostituzione di un precedente mutuo oltre a spese per completamento della costruzione, ristrutturazione, ampliamento, costruzione, manutenzione ordinaria/straordinaria, esecuzione di opere di miglioramento e/o restauro, di un bene immobile, comprese le eventuali altre spese accessorie (quali ad esempio oneri notarili e fiscali), ed ulteriore liquidità che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Banca Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, inclusivo di un eventuale periodo di pre-ammortamento. È inoltre compreso il Mutuo Stato Avanzamento Lavori ove tra la prima e l'ultima erogazione del Mutuo – piano di ammortamento - non siano trascorsi più di 18 mesi ("Mutuo S.A.L."); in tali casi la copertura decorre dall'ultima erogazione di tranche del finanziamento.
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.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
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 da Infortunio	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.
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.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
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.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

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)	Berica Vita S.p.A.. Sede legale Via Battaglione Framarin, 18 – 36100 - Vicenza
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.

BERICA VITA

Modulo di proposta
per prodotto assicurativo ad adesione denominato
ASSICURAZIONE MUTUI PRIVATI

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 Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Proposta

CONTRAENTE (sulla base della Convenzione conclusa con la Compagnia)		
Ragione sociale	Partita IVA	
Luogo di costituzione	Data di costituzione	
Ramo attività	Sottogruppo	
Indirizzo sede legale	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Recapito		
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' CONTRAENTE O DELEGATO		
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		
Tipo Premio **UNICO**	Premio versato: determinato come disciplinato dall'Art.4 delle Condizioni di Assicurazione	
Costi		
DATI IDENTIFICATIVI		
Documento di riconoscimento	Tipo documento	
Ente emittente e luogo	Data emissione	

Luogo e data _____

Berica Vita S.p.A.
(firma leggibile)
_____

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)
_____

FAC - SIMILE

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Polizza

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE POLIZZA:

- **della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione e del Glossario;**

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)

_____

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 e firma leggibile)

_____

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 cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario. In particolare, la Compagnia ha diritto:

- **di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;**
- **di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.**

Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.
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 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.
L' Assicurato si impegna a produrre il proprio certificato di nascita, se richiesto dalla Compagnia.

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.

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)

Luogo e data

_____ _____

FACSIMILE

Filiale Collocatore Cod. Prodotto

Ente

Numero Polizza

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento del premio unico verrà corrisposto alla Compagnia medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui l'incasso del premio tramite:

1. addebito sul conto corrente dell'Assicurato;
2. trattenuta da un importo finanziato.

	BericaVita S.p.A. (firma leggibile)	Il Contraente (Timbro e firma leggibile)
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.