INFORMATIVA PRIVACY

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni
(di seguito chiamata Legge)

Per rispettare quanto stabilito dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 e successive modificazioni, La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti.
La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

I - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI

I Suoi dati personali, forniti da Lei o da altri per suo conto, sono utilizzati da **ABC Assicura S.p.A.** allo scopo di:

- emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione, ivi comprese la gestione e la liquidazione dei sinistri e l'assistenza alla clientela;
- qualora necessario, ridistribuire il rischio derivante dalla stipula del contratto di assicurazione, mediante la conclusione di contratti di coassicurazione e di riassicurazione;
- adempiere ad obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, connessi con l'attività assicurativa.

Tali dati, senza i quali non potremmo dar corso al contratto di assicurazione, si riferiscono alle seguenti categorie: dati anagrafici ed altri elementi di identificazione personale, dati attinenti il rischio o il servizio assicurato ivi compresi eventuali dati personali sensibili, dati relativi alle modalità del pagamento premi e del risarcimento sinistri.

II - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI STATISTICI, INFORMATIVI E PROMOZIONALI

Qualora Lei acconsenta, i Suoi dati personali, a esclusione di quelli sensibili, saranno utilizzati da **ABC Assicura S.p.A.** al fine di:

- rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche;
- svolgere attività promozionale dei propri prodotti e servizi e di quelli di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni;

In aggiunta questi Suoi dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni per il perseguimento, da parte delle stesse, delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.
La mancata prestazione del consenso avrà come unica conseguenza l'impossibilità di trattare i Suoi dati per tali fini e non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

III - MODALITÀ D'USO E CIRCOLAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per gli scopi sopra indicati, utilizzando supporti cartacei ed informatici. È previsto l'utilizzo del telefono e della posta elettronica.
Il trattamento dei Suoi dati personali è svolto direttamente dagli incaricati preposti di **Abc Assicura S.p.A** e di altri soggetti, in taluni casi operanti all'estero, che collaborano con la stessa e che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa ed assicurativa. Ad essi vengono trasmessi solo i Suoi dati personali necessari per lo svolgimento dei compiti loro affidati.
Si tratta, in modo particolare, di: intermediari di assicurazione e riassicurazione, società di assicurazione e riassicurazione; consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliare per nostro conto quali legali, periti e medici; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria; cliniche mediche; società di riparazione danni; società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e di stampa; società di servizi amministrativi; società di servizi assicurativi quali valutazione dei rischi, gestione e liquidazione dei sinistri; società di servizi postali; società di revisione; società di ricerche di mercato; società di informazione commerciale, società di servizi investigativi, società di recupero crediti.

Sempre per il perseguimento delle medesime finalità potremmo avere la necessità di trasmettere i Suoi dati ad altri soggetti terzi: ANIA, ISVAP, CONSAP, Casellario Centrale Infortuni, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (ad esempio: INPS, INAIL, ecc.), altri organismi consortili propri del

settore assicurativo (ad esempio Convenzione Indennizzo Diretto CID, Concordato Cauzione e Credito, Pool Handicappati, ecc.).
In alcuni casi la comunicazione avviene per obbligo di Legge, regolamento o normativa nazionale o comunitaria (lo prevedono ad esempio la disciplina di antiriciclaggio e la normativa in materia di controllo societario e contabile e di vigilanza sull'attività assicurativa), oppure per l'esercizio di azioni a tutela dell'attività assicurativa, ad esempio, contro le frodi.
Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie di soggetti terzi. I Suoi dati personali non saranno diffusi.

IV - DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto, ai sensi della Legge, di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali e di conoscerne il contenuto, l'origine, le finalità e le modalità di trattamento, verificarne l'esattezza o chiederne l'aggiornamento. Qualora i dati siano trattati in violazione della Legge, Lei ha il diritto di chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco. Inoltre Lei si può opporre in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.
Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l'elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti, Lei si potrà rivolgere a **ABC Assicura S.p.A.,** Titolare del trattamento dati, contattando il **Servizio Privacy**, Lungadige Cangrande n. 16 – 37126 Verona, oppure inviando un messaggio di posta elettronica all'indirizzo data.protection@cattolicaassicurazioni.it.

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni (di seguito, Legge)

I - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI

I Suoi dati personali, forniti da Lei o da altri soggetti per Suo conto, sono utilizzati dalla BERICA VITA S.P.A. per:

· predisporre e dare esecuzione al contratto;

· adempiere agli obblighi di legge, di regolamenti o normative nazionali o comunitarie, derivanti dal rapporto contrattuale;

· qualora necessario, ridistribuire il rischio, mediante la conclusione di contratti di coassicurazione e di riassicurazione.

Tali dati sono, quindi, necessari per dar corso al contratto; il rifiuto a fornirli o ad acconsentire al loro trattamento comporterà l'impossibilità di prestarLe il servizio richiesto. Si tratta di dati anagrafici e di altri dati di identificazione personale, di dati attinenti al rischio assicurato o al servizio fornito (ivi compresi eventuali dati personali sensibili) e di dati relativi alle modalità di pagamento delle prestazioni.

II - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI STATISTICI, INFORMATIVI E PROMOZIONALI

Con il Suo consenso, i Suoi dati personali, ad esclusione di quelli sensibili, saranno utilizzati dalla BERICA VITA S.P.A. al fine di:

· rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche;

· svolgere attività promozionale dei propri prodotti e servizi e di quelli di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

I Suoi dati, inoltre, potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni per il perseguimento, da parte delle stesse, delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

Al contratto verrà, comunque, dato corso, anche se Lei non acconsente al trattamento dei Suoi dati per tali finalità.

III - MODALITA' D'USO DEI DATI

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per gli scopi sopra indicati, utilizzando supporti cartacei ed informatici. È previsto l'utilizzo del telefono e della posta elettronica.

Il trattamento dei Suoi dati personali è svolto direttamente da incaricati della BERICA VITA S.P.A. e da altri soggetti - in taluni casi operanti all'estero -, che collaborano con noi e che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa ed assicurativa. Ad essi vengono trasmessi solo i Suoi dati personali necessari per lo svolgimento dei compiti loro affidati. Si tratta, in modo particolare, di: intermediari di assicurazione e riassicurazione, società di assicurazione e riassicurazione; consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliare per nostro conto (quali legali, periti e medici; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria; cliniche mediche; società di riparazione danni; società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e di stampa; società di servizi amministrativi; società di servizi assicurativi quali valutazione dei rischi, gestione e liquidazione dei sinistri; società di servizi postali; società di revisione; società di ricerche di mercato; società di informazione commerciale, società di servizi investigativi, società di recupero crediti).

Sempre per il perseguimento delle medesime finalità, potremmo avere la necessità di trasmettere i Suoi dati ad altri soggetti terzi: ANIA, ISVAP, CONSAP, COVIP, Casellario Centrale Infortuni, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (ad esempio: INPS, INAIL, ecc.), altri organismi consortili propri del settore assicurativo (ad esempio Convenzione Indennizzo Diretto CID, Concordato Cauzione e Credito, Pool Handicappati, ecc.). In alcuni casi, la comunicazione avviene per obbligo di legge, o di regolamento o di normativa nazionale o comunitaria (ad esempio, ai sensi della disciplina antiriciclaggio e della normativa in materia di controllo societario e contabile e di vigilanza sull'attività assicurativa), oppure per l'esercizio di azioni a tutela dell'attività assicurativa (ad esempio, contro le frodi). Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione dei Suoi dati alle categorie di soggetti sopra elencate. I Suoi dati personali non saranno diffusi.

IV - DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto, ai sensi della Legge, di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali e di conoscerne il contenuto, l'origine, le finalità e le modalità di trattamento, verificarne l'esattezza o chiederne l'aggiornamento. Qualora i dati siano trattati in violazione della Legge, Lei ha il diritto di chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco. Inoltre Lei si può opporre in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l'elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti, gli interessati si potranno rivolgere al **Centro di Competenza Privacy e Sicurezza delle Informazioni di Gruppo**, presso **Società Cattolica di Assicurazione** in Lungadige Cangrande n. 16, 37126 - Verona (VR), oppure inviare un messaggio di posta elettronica all'indirizzo data.protection@cattolicaassicurazioni.it.

FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

CREDITOR PROTECTION INSURANCE PRESTITI

Convenzione Collettiva Numero: **18000230000201**

Prestazioni assicurate da:

ABC Assicura SpA
Gruppo Cattolica Assicurazioni

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Edizione aggiornata al 31/05/2014

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

c) Telefono: 0458391111; sito Internet: www.Abcassicura.it ; informazioni@abcassicura.it;

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

e) Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2013 ammonta a 11 milioni di euro di cui 12 milioni di euro 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 31dicembre 2013 risulta pari al 269%.

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.c.p.a.
E' un prodotto intermediato da:
Banca Popolare di Vicenza s.c.p.a
Banca Nuova S.p.A.
Le Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.
Le Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

Le singole coperture assicurative sottoscritte dagli Assicurati mediante il Modulo di Adesione hanno durata pari alla durata del Finanziamento fino ad un massimo di 120 mesi, senza tacito rinnovo. 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 ripensamento di cui al punto 8, non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta
La disdetta del contratto da parte del Contraente deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 90 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.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

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

Garanzie Danni:
1. **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT)** – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici alla data del sinistro*;
2. **Perdita di Impiego (PI)** – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Dipendenti di Enti Privati alla data del sinistro;*
3. **Ricovero Ospedaliero (RO)** - garanzia prestata per i *Non Lavoratori*;
4. **Invalidità totale permanente da infortunio o malattia (ITP)** – garanzia prestata per tutti gli Assicurati.

Garanzie Vita:
5. **Decesso** - garanzia prestata per tutti gli Assicurati

Le garanzie sopra riportate non possono essere vendute separatamente l'una dall'altra.

Le garanzie Danni sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo.

Le garanzie Vita sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo

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*;*
- **Ricovero Ospedaliero (RO) -** Art. 37;

- **Invalidità totale permanente da infortunio o malattia (ITP)** – Art. 42;
- **Decesso** - 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*;*
- **Ricovero Ospedaliero (RO)** – Art.. 35 delle Condizioni di Assicurazione*;*
- **Invalidità totale permanente da infortunio o malattia (ITP)** – Art.. 40 delle Condizioni di Assicurazione, ;
- **Decesso** - 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 – 20/11/2011
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg; € 00,00

2° caso
- periodo di ITT al lavoro comprovato: 05/09/2011 – 20/03/2013
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg; 4 rate mensili x € 400,00 = € 1.600,00

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

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la 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 Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

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

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

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 alle garanzie prestate, all'ammontare del Capitale Finanziato e alla durata della copertura assicurativa.

L'importo del premio è finanziato all'Assicurato dal Contraente della Convenzione Collettiva e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento. A sua volta, il Contraente dovrà corrispondere alla Società i premi per ciascuna Assicurazione attivata, in conformità agli accordi contrattuali intercorsi.

La Compagnia conferisce al Contraente della presente Convenzione 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: 5,22%

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

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

7.2 Costi gravanti sul premio

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

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

Costi di acquisizione, gestione ed incasso(*)	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) (*)
75,00%	**93,33%**

(*) I costi e le provvigioni vengono espressi in misura ponderata tra parte Vita e parte Danni .

Il tasso di premio è espresso in % del Capitale Finanziato (capitale). La frazione di mese viene considerata un intera mensilità.

Tabella esemplificativa dei premi:
A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando un Tasso unico mensile Lordo Vita e Danni del 0,16% (Tasso Netto 0,15766%):

Capitale Richiesto iniziale	€ 10.000,00
Capitale Finanziato	€ 11.061,95

Età e sesso del'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	60 mesi (5 anni)
Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 1.061,95**
Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 1.061,95**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 796,46
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 743,34

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

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

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

Metodo di Rimborso su base 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).
Previa autorizzazione da parte del Contraente, la Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.

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

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

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Finanziamento	06/09/2010
Data Scadenza Finanziamento	06/09/2015
Data Estinzione Finanziamento	25/11/2012
Durata Totale in mesi	60
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	34
Spese di Rimborso	€ 12,50

R = 1000 * 34/60
R = 566,67 - € 12,50
R = 554,17

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

8. *AVVERTENZA* - Diritto di ripensamento

L'Assicurato può recedere dal presente contratto:

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

  Nel caso di recesso esercitato <u>entro 30 giorni</u> 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 <u>entro 60 giorni</u> 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

8. <u>Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto</u>

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

9. <u>Legge applicabile al contratto</u>

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

10. <u>Regime fiscale</u>

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro
In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

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

(*) ABC Assicura S.p.A

c/o "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED" e

– "FINANCIAL ASSURANCE COMPANY LIMITED" –

Servizio Sinistri, via San Gregorio n. 34 – 20124 Milano,

Numero Verde Telefonico 800.394346

(il servizio è operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle ore 14.00 alle 18.00)

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.

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

- ***In caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) - Art.. 13;***
- ***In caso di Perdita di Impiego (PI)- Art.. 13.***
- ***In caso di Ricovero Ospedaliero (RO)- Art.. 13.***
- ***Invalidità totale permanente da infortunio o malattia (ITP) – Art.. 13;***

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

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.

12.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.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all' IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133206, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

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

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

13.*AVVERTENZA* - Arbitrato

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, si fa riferimento per il caso di:

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

Ricovero Ospedaliero (RO) - Art. 39 Condizioni di Assicurazione

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (ITP) - Art. 43 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
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 presente contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il "Contratto di finanziamento" con il Contraente e sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e presenti i requisiti di assicurabilità previsti dal presente contratto di assicurazione.

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

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

Contraente: Compass S.p.A., che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva per conto degli Assicurati.

Contratto: Il Contratto con il quale il Contraente concede in prestito una somma predeterminata di importo massimo pari a Euro 61.000,00, che dovrà essere restituita al Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, e di durata complessiva compresa tra i 6 e i 120 mesi, e in relazione al quale la Società concede l'Assicurazione di cui al presente contratto di assicurazione.

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

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

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

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

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

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 Popolare di Vicenza s.c.p.a., Via Btg. Framarin, 18 - 36100 Vicenza

Intermediario Gestore: Compass S.p.A., Foro Buonaparte, 10 - 20121 Milano.

Invalidità totale permanente da Infortunio o Malattia
La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta. Tale Invalidità Totale Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 66% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL all.1 del D.P.R. 30.6.1965 n°1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA". Si precisa che in ogni caso deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione.

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

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) non percepisca un reddito da lavoro dipendente (come determinato nelle definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione.

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

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

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

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, inclusi 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 avviene in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

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

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

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

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

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

Rata Protetta: L'importo mensile, fissato al momento della sottoscrizione della Dichiarazione 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 al 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 finanziamento da rimborsare che dovesse mutare nel tempo per effetto della naturale variazione del criterio di indicizzazione, qualora il finanziamento sia a tasso indicizzato e non fisso o eventualmente del concorrere di altre variabili descritte nel contratto di finanziamento medesimo.

Ricovero Ospedaliero: la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.

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
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:

Garanzie Danni:

1. **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT)** – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici alla data del sinistro*;
2. **Perdita di Impiego (PI)** – garanzia prestata ai soli *Lavoratori Dipendenti di Enti Privati alla data del sinistro;*
3. **Ricovero Ospedaliero (RO)** - garanzia prestata ai soli *Non Lavoratori alla data del sinistro*;
4. **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (ITP)** – garanzia prestata a tutti gli Assicurati;

   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 66%.

Garanzie Vita:

5. **Decesso** - garanzia prestata a tutti gli Assicurati;

Le garanzie sopra riportate non possono essere vendute separatamente una dall'altra.

Le garanzie Danni sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo.

Le garanzie Vita sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo

Art. 2 – PERSONE ASSICURABILI
È assicurabile la persona fisica che:

- Abbia stipulato un Contratto di Finanziamento con il Contraente e sottoscritto la Dichiarazione di Adesione al servizio assicurativo;
- goda di buona salute, e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- di non essere stato assente dalla normale attività lavorativa a causa di Malattia o Infortunio per più di 60 giorni consecutivi negli ultimi 12 mesi;
- al momento del sinistro sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente da almeno 12 mesi, escluso il caso del Non Lavoratore;
- al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, sia di età compresa tra i 18 e i 74 anni non compiuti, fermo restando che l'età alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore a 75 anni.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI
In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato

Art. 4- DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA
Per ogni Adesione, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data il Contraente abbia adempiuto all'obbligo del pagamento del Premi dovuti fino a tale data e che, in relazione all'Assicurato, risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.

L'Assicurazione ha durata pari a quella del Contratto di Finanziamento, secondo l'originale piano di ammortamento, con una durata minima pari a 6 mesi ed una durata massima pari a 120 mesi.

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

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

Art. 5 - RIMBORSO DEL PREMIO
In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia restituisce al debitore/Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, limitatamente al caso di Pagamento del premio assicurativo in un'unica soluzione.

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

Metodo di Rimborso su base 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).
Previa autorizzazione da parte del Contraente, la Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.

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

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

Esempio:

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

R = 1000 * 34/60 - € 12,50
R = 554,17

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

Art. 6 – DISDETTA CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE
Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

1. liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.
2. per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico.

ART. 7 – DIRITTO DI RIPENSAMENTO (RECESSO)

7.1 – Ripensamento dopo la stipulazione del contratto e nei 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.) 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 è tenuta a rimborsare all'Assicurato entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il 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 è tenuta a rimborsare all'Assicurato, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, il premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, **ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia**.

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

L'Assicurato ha un'ulteriore facoltà di recedere dal presente contratto, decorso il predetto termine di cui al punto 7.1 (per il diritto di ripensamento) dopo che sia trascorso un periodo di 5 anni di copertura completa, ovvero siano state pagate 5 annualità.
Il recesso avrà effetto dalla data di ricevimento della comunicazione, inviata alla Compagnia tramite lettera Raccomandata A.R. o o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.) :

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

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

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

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

Il premio da rimborsare viene determinato secondo la seguente formula:

Metodo di Rimborso su base 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).
La Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.

$$R = P * MR/D$$

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

Esempio:

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

$$R = 1000 * 34/60$$
$$R = 566,67$$

Art. 8 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA

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 alle garanzie prestate, all'ammontare del Capitale Finanziato e alla durata della copertura assicurativa.

Durata del finanziamento (mesi)	Tasso di Premio Lordo Mensile
6 - 120 mesi	**0,16%**

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

L'importo del premio è finanziato all'Assicurato dal Contraente della Convenzione Collettiva e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento. A sua volta, il Contraente dovrà corrispondere alla Società i premi per ciascuna Assicurazione attivata, in conformità agli accordi contrattuali intercorsi.

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

Art. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

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

Art. 10 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

Costi di acquisizione, gestione ed incasso (*)	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) (*)
75,00%	**93,33%**

(*) I costi e le provvigioni vengono espressi in misura ponderata tra parte Vita e parte Danni.

Il tasso di premio è espresso in % del Capitale Finanziato (capitale). La frazione di mese viene considerata un intera mensilità.

Tabella esemplicativa dei premi:

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando un Tasso unico mensile Lordo Vita e Danni del 0,16% (Tasso Netto 0,15766%):

Capitale Richiesto iniziale	€ 10.000,00
Capitale Finanziato	€ 11.061,95
Età e sesso dell'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	60 mesi (5 anni)
Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 1.061,95**
Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 1.061,95**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 796,46
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 743,34

Art. 11 - REGIME FISCALE

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

Art. 12 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

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

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

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

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

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

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

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

(*) ABC Assicura S.p.A
c/o "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED" e
– "FINANCIAL ASSURANCE COMPANY LIMITED" –
Servizio Sinistri, via San Gregorio n. 34 – 20124 Milano,
Numero Verde Telefonico **800.394346**
(*il servizio è operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle ore 14.00 alle 18.00)*

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 Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (ITP)

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e il relativo grado;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

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

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

In caso di Perdita di Impiego (PI):

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

- attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita di Impiego.

In caso di Ricovero Ospedaliero (RO):

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

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 l'Assicurato non fornisca 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.,
- su richiesta delle Compagnie comunicare la data di eventuale estinzione anticipata del finanziamento.

Art. 15 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente 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 Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

Art. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

Art. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI

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

Art. 18 – **LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE**
L'Assicurazione per Invalidità Totale Permanente ha validità in tutto il mondo. L'Assicurazione per Inabilità Totale Temporanea, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero ha validità nell'ambito dell'Unione Europea.

Art. 19 – **DIRITTO DI SURROGA**
La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art.. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

Art. 20 – **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Art. 21 – **COMUNICAZIONI**
Tutte le comunicazioni fra il Contraente o l'Assicurato e la Società, con riferimento al presente contratto di assicurazione, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata A.R., telegramma o telefax ai seguenti indirizzi:

- **ABC Assicura :**
  Via C. Ederle, 45 – 37126 Verona.
  Fax +39.045.83.91.920

- **COMPASS S.p.A.:**
  Via Caldera, 21 - 20153 Milano

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.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133206, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
Il sistema competente è individuabile accedendo al sito Internet:

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

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

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
INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA
Garanzia prestata per Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici

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 ad una rata mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni.

Gli Indennizzi successivi, 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 per ogni Assicurato è di Euro 1.550,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

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

La 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 30 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace;
4. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 28.

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

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

i. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
ii. malattie tropicali o epidemiche;
iii. 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;
iv. stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
v. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
vi. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
vii. interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
viii. effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
ix. 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;

x. connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
xi. 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.);
xii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
xiii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
xiv. Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, 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
xv. Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, 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.

Inoltre, l'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro si sia verificato durante il Periodo di Carenza di 30 giorni.

Nessun Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea sarà corrisposto se, per lo stesso periodo in cui dovrebbe venire corrisposto, la Società ha versato o è tenuta a versare altri importi a titolo di Indennizzo per il caso di Ricovero Ospedaliero e se l'Inabilità Totale Temporanea si verifichi successivamente al pagamento di un Indennizzo per Ricovero Ospedaliero, qualora l'Inabilità Totale Temporanea sia dovuta alla stessa Malattia o allo stesso Infortunio che ha causato il Ricovero Ospedaliero.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia dichiarato requisiti di assicurabilità non rispondenti al vero.
In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui l'Inabilità Totale Temporanea sia stata causata da o conseguente a :
i. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
ii. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
iii. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;
iv. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
v. pratica da parte dell'Assicurato di sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi (ad esempio, sport da combattimento; immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante; speleologia; salto dal trampolino; sci o idroscì; bob; rugby, football americano, ecc.);
vi. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

ART. 29 – DENUNCE SUCCESSIVE
Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 30 – CONTROVERSIE
Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Totale Temporanea, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.

L’incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.
I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell’Ordine dei Medici della città ove ha sede l’istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell’Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione B
ASSICURAZIONE DISOCCUPAZIONE
Garanzia prestata per i soli Lavoratori Dipendenti di Enti Privati

ART. 31 - INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE
L'Indennizzo previsto nel caso di Disoccupazione consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Disoccupazione dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni.

Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

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 per ogni Assicurato è di Euro 1.550,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

ART. 32 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE
La Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 31, a condizione che:
1. la Disoccupazione si verifichi durante il periodo di vigenza della Assicurazione;
2. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data di scadenza del Periodo di Carenza di 90 giorni;
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33.

ART. 33 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE
Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Disoccupazione se:
- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato, in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- alla Disoccupazione faccia immediatamente seguito il pensionamento o pre-pensionamento;
- 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 subordinato regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;
- la Disoccupazione è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendente dalla volontà dell'Assicurato;
- la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o comunque se il rapporto di lavoro dell'Assicurato ha carattere stagionale e/o temporaneo e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto di inserimento, apprendistato, di somministrazione lavoro, ecc.);
- l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;

- risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- il licenziamento avviene tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.

ART. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE
Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 180 giorni.

Sezione C
ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO
Garanzia prestata ai Non Lavoratori

ART. 35 – **INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO**
L'Indennizzo previsto nel caso di Ricovero Ospedaliero consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia Relativa pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero ospedaliero.

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 1.550,00.
Tale massimale è da intendersi come massimale cumulativo per tutti i contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

ART. 36 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER RICOVERO OSPEDALIERO
La Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 35, a condizione che:
1. il Ricovero Ospedaliero si verifichi durante il periodo di vigenza della Assicurazione;
2. il Ricovero Ospedaliero sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 30 giorni;
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 37.

ART. 37 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO
Sono esclusi dall'assicurazione i Ricoveri Ospedalieri derivanti dagli Infortuni e Malattie e quanto già indicato all'Art. 28 della Sezione A – Assicurazione Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia.

Nessun Indennizzo per Ricovero Ospedaliero sarà corrisposto se, per lo stesso periodo in cui dovrebbe venire corrisposto, la Società ha versato o è tenuta a versare altri importi a titolo di Indennizzo per il caso di Inabilità Totale Temporanea e se il Ricovero si verifichi successivamente a un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, qualora il Ricovero Ospedaliero sia dovuto alla stessa Malattia o allo stesso Infortunio che ha causato l'Inabilità Totale Temporanea.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia dichiarato requisiti di assicurabilità non rispondenti al vero.

ART. 38 – DENUNCE SUCCESSIVE
Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 39 – CONTROVERSIE
Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata del Ricovero, 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 D
ASSICURAZIONE INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA
Garanzia prestata a Tutti gli Assicurati

ART. 40 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE
L'Indennizzo previsto nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve al Contraente alla data della relazione del medico legale che attesti l'Invalidità Totale Permanente, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto e deducendo da tale importo le rate scadute ed eventualmente non pagate a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.
Gli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data della relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data di comunicazione di tale evento, saranno rimborsati dalla Società fino ad un massimo di due mesi di interessi.

Si precisa che il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

L'Indennizzo massimo previsto per ogni Assicurato, è di Euro 61.000,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

ART. 41 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE
La Società liquiderà l'Indennizzo di cui al precedente Art. 40, a condizione che:
1. l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
3. in caso di Invalidità Totale Permanente da Malattia, il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 30 giorni;
4. la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Assicurato a ricevere l'Indennizzo;
5. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 42.

ART. 42 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

i. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
ii. malattie tropicali o epidemiche;
iii. 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;
iv. stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
v. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
vi. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
vii. interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
viii. effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
ix. 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;
x. connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
xi. 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.);
xii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
xiii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
xiv. Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, 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
xv. Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, 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

Nessun Indennizzo per Invalidità Totale Permanente sarà corrisposto se la Società ha versato o è tenuta a versare un Indennizzo per il caso di Decesso.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, abbia dichiarato requisiti di assicurabilità non rispondenti al vero.

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Invalidità Totale Permanente sia stata causata da o conseguente a:
i. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
ii. pratica da parte dell'Assicurato di sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi (ad esempio, sport da combattimento; immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante; speleologia; salto dal trampolino; sci o idroscì; bob; rugby, football americano, ecc.);
iii. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

ART. 43 – CONTROVERSIE
Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve

essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Berica Vita S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA
TEMPORANEA IN CASO DI MORTE
A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE

CREDITOR PROTECTION INSURANCE PRESTITI

CONVENZIONE COLLETTIVA NUMERO 5900000

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.

921 - Ed. aggiornata al 31/05/2014

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA
TEMPORANEA IN CASO DI MORTE
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;
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 2013 ammonta a 71 milioni di Euro (capitale sociale: 31 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 29 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 2013 risulta pari al 115%.

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	– Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia – Perdita di Impiego – Ricovero Ospedaliero
Garanzie Vita	– Decesso

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 dell'ammortamento del Contratto di Finanziamento concesso dall'Ente Erogatore del finanziamento 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 6 mesi e massima di 120 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura per il caso morte pari a 75 anni non compiuti.
In caso di estinzione parziale o rinegoziazione del Finanziamento, la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- **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;

Avvertenza: sono previste esclusioni, periodi di sospensione e limitazione della copertura dei rischi; si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
Si invita l'Assicurato a leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla compilazione della dichiarazione di buon stato di salute.

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

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

L'importo del premio è finanziato all'Assicurato dal Contraente la Convenzione Collettiva e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento. A sua volta, il Contraente dovrà corrispondere alla Società i premi per ciascuna Assicurazione attivata, in conformità agli accordi contrattuali intercorsi.

In caso di sopravvivenza 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 gravanti sul premio	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in valore assoluto)
81,27% del premio unico	86,14%	161,43 Euro (*)

(*) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio pari a 230,62 Euro, corrispondente ad un finanziamento di 10.000,00 per una durata di 36 mesi.

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

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

C – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

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

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

Tabella A

Durata della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
Qualsiasi	81,27% del premio unico

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

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia trattiene 12,50 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

* * *

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

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
85,31%

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).

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.

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 l'Intermediario, inviandola al seguente indirizzo: Berica Vita S.p.A.: c/o "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED" e "FINANCIAL ASSURANCE COMPANY LIMITED" – Servizio Sinistri, Via San Gregorio n. 34 – 20124 Milano, Numero Verde telefonico 800.39.43.46 (il servizio è operativo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00).

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.

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 e 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 045/8372343
e-mail: reclami@bericavita.it

Il reclamo alla Compagnia deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133745 o 06-42133353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.
Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm.
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

14. Comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Compagnia

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

15. 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.c.p.a.

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
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) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato come definito all'Art. 6.

In caso di sopravvivenza 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 prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato tramite la sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute.
In questo caso sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7.
Nel caso di mancata sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute, l'Assicurazione Temporanea in caso di Morte relativa a ciascun singolo Assicurato non produrrà effetti.

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 61.000,00€, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento 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 alla Convenzione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Finanziamento concesso a ciascun Assicurato, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia 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.

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 alla Convenzione 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.

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

L'importo del premio è finanziato all'Assicurato dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento. A sua volta, il Contraente dovrà corrispondere alla Società i premi per ciascuna Assicurazione attivata, in conformità agli accordi contrattuali intercorsi.

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

Criteri e modalità per la definizione del rimborso del premio.
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 finanziamento
J = tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento

Dal premio determinato con la regola sopra riportata la Compagnia trattiene 12,50 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 = 500,00 Euro
H = 81,27%
N = 60 mesi
K = 12 mesi
J = 7%
Spese per il rimborso = 12,50 Euro

Rimborso del premio puro: 500,00 * (1-81,27%) * [(60-12)/60] * [1-(1+7%/12)^-(60-12)] / [1-(1+7%/12)^-60] = 61,95 Euro
Rimborso dei costi: 500,00*81,27%*[(60-12)/60] = 325,08 Euro
Importo del premio da rimborsare = 61,95 + 325,08 – 12,50 = Euro 374,53

Esempio n°2
PVita = 500,00 Euro
H = 81,27%
N = 60 mesi
K = 36 mesi
J = 7%
Spese per il rimborso = 12,50 Euro

Rimborso del premio puro: 500,00 * (1-81,27%) * [(60-36)/60] * [1-(1+7%/12)^-(60-36)] / [1-(1+7%/12)^-60] = 16,57 Euro
Rimborso dei costi: 500,00*81,27%*[(60-36)/60] = 162,54 Euro
Importo del premio da rimborsare = 16,57 + 162,54 – 12,50 = 166,61 Euro

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

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

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

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

Art. 6 – Capitale assicurato.
Il capitale assicurato è determinato sulla base di un Contratto di Finanziamento stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo (o alla quota parte dello stesso in caso di cointestazione), quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato stesso.

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 61.000,00€, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento 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.

Il capitale assicurato è pari al debito residuo in linea capitale, o a quota parte dello stesso, che l'Assicurato deve al Contraente al momento del Sinistro, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto, deducendo da tale importo le rate scadute ed eventualmente non pagate alla data del Sinistro e gli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

Si precisa che il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

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

A. ESCLUSIONI

È esclusa dall'oggetto dell'Assicurazione la morte causata da:

a) **Malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della Data Iniziale e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;**
b) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
c) **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
d) **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
e) **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
f) **suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale*;***
g) **infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS), o sindromi o stati assimilabili verificatisi entro i primi 7 anni dall'Adesione;**
h) **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.);**
i) **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;**
j) **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;**
k) **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
l) **Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, 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;**
m) **Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, 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;**
n) **Nessun indennizzo è dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti al successivo Art. 10.**

B. CONDIZIONI DI CARENZA

Qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 30 giorni 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 30 giorni 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.

Art. 8 – Cessazione della garanzia per il caso di morte.
Tale garanzia cessa, 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 Finanziamento. In caso di cointestazione l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti per tutti i cointestatari assicurati;
- esercizio del diritto di recesso;
- pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte. In caso di cointestazione la copertura assicurativa rimane in vigore per gli altri Assicurati sino alla scadenza originariamente convenuta;
- estinzione anticipata o di trasferimento (ove l'Assicurato richieda il rimborso del premio residuo) del Finanziamento originariamente stipulato.

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

Durata della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
Qualsiasi	81,27% del premio unico

Art. 9.2 – Spese per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento
In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia trattiene 12,50 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

* * *

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

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
85,31%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.
Sono assicurabili le persone fisiche che:
- abbiano stipulato il Contratto di Finanziamento con l'Intermediario;
- abbiano un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 anni compiuti e 74 anni non compiuti;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbiamo sottoscritto la dichiarazione di buona salute.

L'età dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore ad anni 75 non compiuti .

Art. 11 – Durata.
La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva corrisponde a quella dell'ammortamento del Contratto di Finanziamento concesso dall'Ente Erogatore del finanziamento a ciascun Assicurato, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui al precedente Art. 8.

Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata minima di 6 mesi e massima di 120 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura per il caso morte pari a 75 anni non compiuti.

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.c.p.a..
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 finanziamento:
– richiesta dell'Assicurato e, qualora richiesto dalla Compagnia, idonea documentazione che attesti l'estinzione anticipata o il trasferimento del finanziamento.

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

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

Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.
La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o dai Beneficiari mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. c/o "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED" e – "FINANCIAL ASSURANCE COMPANY LIMITED" – Servizio Sinistri, via San Gregorio n. 34 – 20124 Milano, numero verde telefonico 800394346 (il servizio è operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle ore 14.00 alle 18.00).
In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario titolare del Contratto di Finanziamento.
Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.
In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiari sono gli eredi dell'Assicurato stesso.
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 – 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. 17 – 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. 18 – Legge applicabile al contratto.
Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

Assicurato: La persona fisica in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il "Contratto di finanziamento" con il Contraente e sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e presenti i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 10 del presente contratto di assicurazione.

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 ed il Contraente.

Beneficiario: In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiari sono gli eredi dell'Assicurato stesso. L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

Compagnia/Società
Berica Vita S.p.A.: è una Compagnia di assicurazione sulla vita, appartenente al Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 019 Codice Fiscale/Partita IVA e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Vicenza 03096340249, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo della C.C.I.A.A. di Vicenza 298604, iscritta all'Albo delle imprese tenuto dall'ISVAP n. 1.00147;
Sede Legale: Via Battaglione Framarin, 18 – 36100 Vicenza – Italia.

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 del Contraente**.**

Contraente: Compass S.p.A., con sede Legale in Foro Buonaparte, 10 – 20121 Milano, che stipula il contratto di assicurazione con la Società per conto degli Assicurati.

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.

Durata contrattuale: Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estensione territoriale: Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Fascicolo informativo : L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa; Condizioni di Assicurazione; Glossario; Fac Simile Modulo di Adesione.

Impignorabilità e insequestrabilità: Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

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.**

Intermediario: Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

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.

Modulo di Adesione: Il modulo sottoscritto dall’Assicurato contestualmente alla stipulazione del Contratto e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini dell’Assicurazione. Nel caso di più Assicurati, a fronte di un unico finanziamento, dovranno essere sottoscritte tante dichiarazioni di adesione quanti sono gli Assicurati.

Periodo di Carenza: Periodo di tempo che intercorre tra la Data Iniziale e l’effettiva decorrenza dell’Assicurazione.

Periodo di copertura (o di efficacia): Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Polizza: Documento che fornisce la prova dell’esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che il Contraente e la Società hanno convenuto che venga corrisposta dall’Assicurato alla Società medesima in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

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.

Proroga: Prolungamento del periodo di efficacia del contratto di assicurazione collettiva.

Recesso (o ripensamento): Diritto dell’Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Sinistro: Verificarsi dell’evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell’Assicurato.

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
Creditor Protection Insurance Prestiti Compass

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 del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione sullo stato di salute.

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.

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.

Luogo e data

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

_____ _____

FAC SIMILE

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Polizza

MODALITA' DI PAGAMENTO

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

	BericaVita S.p.A. (firma leggibile)	Il Contraente (Timbro della Società e firma del Legale Rappresentante)
Luogo e data _____	_____	_____

FAC - SIMILE

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

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

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

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