FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A PROTEZIONE DEL FINANZIAMENTO

NUOVA PROTEZIONE PRESTITI BANCA

- Linea Privati

Convenzione Collettiva Numero: **17000330000006**

Prestazioni assicurate da:

ABC Assicura SpA
Gruppo Cattolica Assicurazioni

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Edizione aggiornata al 31/05/2016

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è FACOLTATIVA e non indispensabile per ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Abc Assicura S.p.a.

a) ABC Assicura S.p.A Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00647820232, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 147512, Società iscritta all'Albo delle imprese tenuto dall' IVASS al n. 100054

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

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2015 ammonta a Euro 16.276.000 di cui Euro 15.190.000 sono relativi al capitale sociale e al totale delle riserve.
L'indice di solvibilità, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2015 risulta pari al 412%.

3. Conflitto di interessi

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

Per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego Malattia Grave e **Invalidità totale Permanente da Infortunio e Malattia**, l'Assicurazione ha durata pari alla durata del Finanziamento con un minimo di 10 mesi e 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 recesso di cui al punto 8, non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta
La disdetta del contratto da parte della Banca Contraente deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Convenzione Collettiva. In caso di disdetta, per le operazioni precedentemente assicurate e per l' 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 al Beneficiario un Indennizzo nei casi sotto indicati:

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66%** **+** **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia,** qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo **Perdita di Impiego**, qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico. **Malattia Grave**, qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Impresa familiare
	Decesso

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

Le garanzie Danni sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo, mentre 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)** – Artt. 28;
- **Perdita di Impiego (PI)** – Artt.33*;*
- **Malattia Grave (MG) -** Artt. 37;
- **Invalidità totale permanente da infortunio o malattia (ITP)** – Artt. 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 ;**
- **Perdita di Impiego (PI) – Art. 31*;***
- **Malattia Grave (MG) – Art. 35 ;**
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (ITP) - Art. 40;**
- **Decesso - Confronta Fascicolo Informativo Vita;**

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

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

2° caso
- periodo di ITT al lavoro comprovato: 05/09/2011 – 20/02/2012
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 30 gg; 4 rate mensili x € 400,00 = € 1.600,00

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

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o1893 o 1894 c.c., ciò senza

vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
In particolare, la Compagnia ha diritto:
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

5.2 AVVERTENZA - Cause di nullità e/o cessazione delle garanzie:
Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

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

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

3. **in caso di esercizio del diritto di recesso.**

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

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

7. Premio

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

Il premio unico e anticipato (Vita e Danni), relativo ad ogni Assicurato, è determinato in relazione allo Status occupazionale dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, alle garanzie prestate, all'ammontare del Capitale Finanziato.

Il premio verrà corrisposto alla Società dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché trattenga dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del finanziamento, il premio unico anticipato dovuto per tutta la durata del finanziamento stesso.

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

Lo sconto applicato corrisponde al: 1%

7.1 Mezzi di Pagamento
Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

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

7.2 Costi gravanti sul premio
I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio corrisposto.
I costi espliciti gravanti sul premio unico sono rappresentati nelle tabelle che seguono:

Costi di acquisizione, gestione ed incasso DANNI	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) - DANNI
65,00%	**76,92%**

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

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando un Tasso mensile Lordo danni dello 0,11%.

Per il tasso danni è stato considerato, sempre a titolo esemplificativo lo Status Occupazionale di Lavoratore Dipendente e quindi la garanzia Perdita di Impiego e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia):

Capitale Richiesto iniziale	€ 10.000,00
Capitale Finanziato	€ 10.706,638
Età e sesso del'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	60 mesi (5 anni)
Premio Lordo Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 706,64**
Premio Netto Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 689,40**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 448,11
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 344,69

7.3 *AVVERTENZA* - Rimborso del Premio per estinzione anticipata del finanziamento
In caso di estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento presso altro Istituto, la Compagnia restituisce al Debitore/Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

I premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile
L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata

(espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

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

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

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

Esempio:

Premio Imponibile (parte Danni)	€ 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 - Sp
R = 566,67 - € 12,50
R = 554,17

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

8. AVVERTENZA - Diritto di Recesso

L'Assicurato può recedere dal presente contratto:

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

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

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

Oppure

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

rispetto alla scadenza originaria

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

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

10. Legge applicabile al contratto

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

11. Regime fiscale

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro

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

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

(*) ABC Assicura S.p.A

c/o "FINANCIAL INSURANCE 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)*

Per i documenti da inviare in caso di sinistro, si rimanda all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

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

13. Reclami

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

ABC Assicura S.p.A.

- Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa

- Servizio Reclami di Gruppo -
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.336
E-mail: reclami@abcassicura.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.
Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.
Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

14. *AVVERTENZA* - Arbitrato

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

- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (ITT) - Art. 30 Condizioni di Assicurazione
- Malattia Grave (MG) - 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 la Banca Contraente, sia correntista della medesima, abbia sottoscritto il Modulo 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 che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

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

Contraente: BANCA NUOVA S.p.A. che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva a favore dei propri clienti.

Contratto/ Finanziamento: Il Contratto con il quale la Banca Contraente concede in prestito una somma predeterminata di importo massimo pari a **Euro 80.000,00,** che dovrà essere restituita alla Banca Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, inclusivo di un eventuale pre-ammortamento, e di durata complessiva compresa tra i **10 e i 120 mesi** (inclusivi di un eventuale pre-ammortamento), 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 e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.

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

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

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

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

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

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

Inabilità Totale Temporanea: La perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o

Malattia, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazioni.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società, in base alle coperture assicurative di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l'Invalidità Totale Permanente, l'Inabilità Totale Temporanea.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

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

Intermediario Collocatore: BANCA NUOVA S.p.A. Via Giacomo Cusmano, 56 - 90141 Palermo

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

Lavoratore Dipendente Privato:
la persona fisica che presti il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, a tempo indeterminato o determinato, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore.

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

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

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

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

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

Non Lavoratore:
la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati non lavoratori, i pensionati.

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

Periodo di Assicurazione: Il periodo di vigenza di ciascuna Assicurazione di cui al presente contratto di assicurazione, determinato ai sensi dell'Art.. 4.

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

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

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

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

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

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

Rata Protetta:
L'importo mensile, fissato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e ivi indicato. Detto importo, comprensivo di capitale e interessi, è calcolato dalla Compagnia con modalità in parte diverse da quelle applicate dal Contraente nel piano di ammortamento della rata dovuta dall'Assicurato alla Banca Contraente stesso in base al Contratto, mantenendo peraltro nel ricalcolo la periodicità mensile anche nel caso in cui la rata sia stata contrattualmente concordata con periodicità trimestrale o semestrale.

L'importo protetto della rata rimarrà costante anche nel caso di modifiche dell'effettiva rata del 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.

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

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

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

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

   - **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato, qualunque sia la sua Attività Lavorativa** - (*Sezione D delle Condizioni Particolari*);

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

Lavoratore Dipendente Pubblico o Privato:

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66% (*)** **Perdita di Impiego** **Decesso**

Lavoratore Autonomo:

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66% (*)** **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia** **Decesso**

Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Impresa Familiare:

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66% (*)** **Malattia Grave** **Decesso**

(*) - Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio o malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%.

3. A ciascun Assicurato, le predette garanzie Danni sono offerte congiuntamente, come parte di un unico pacchetto assicurativo, alla garanzia di ramo vita per il caso di Decesso dell'Assicurato, prestata dalla compagnia Berica Vita S.p.A.. Le garanzie Danni sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo, mentre la garanzia Vita è disciplinata nel apposito separato Fascicolo Informativo.

4. All'Assicurato sono prestate le coperture che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, corrispondono al suo effettivo status occupazionale, in base alla tabella sopra riportata. Ciascun Assicurato, pertanto, paga solo il Premio relativo alle coperture a lui prestate in base al sui effettivo status occupazionale.
   In caso di cambiamento di status occupazionale dell'Assicurato stesso in corso di contratto, si applica quanto previsto al successivo Art. 12.

Art. 2 – PERSONE ASSICURABILI

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

1. abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento con il Contraente e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa;

2. sia di età non inferiore ai 18 anni né superiore ai 74 anni (non compiuti) al momento della sottoscrizione del Finanziamento, fermo restando che l'età massima a scadenza del Finanziamento è di 75 anni (non compiuti);

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

4. **Per importi finanziati < € 7.500**: la Compagnia ritiene di non procedere con alcuna valutazione dello stato di salute della persona assicurabile mediante questionario e di conseguenza la Compagnia non prevede nessuna esclusione di garanzia connessa ad eventuali patologie pregresse.

5. **Per importi finanziati ≥ € 7.500**: la persona fisica che abbia risposto correttamente a tutte le domande e sottoscritto il Questionario Sanitario fornito dalla Compagnia.

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

6. **NON svolga una delle seguenti professioni:** collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro,

sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

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

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

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

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 Malattia Grave **Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato.**

Art. 4- DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA
Per ogni Assicurato, salvo il periodo di Carenza previsto per le singole garanzie, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data sia stato adempiuto all'obbligo del pagamento del Premi dovuti fino a tale data e che, in relazione all'Assicurato, risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.1

L'Assicurazione ha durata pari a quella del Contratto di Finanziamento, secondo l'originale piano di ammortamento, con una durata minima pari a 10 mesi ed una durata massima pari a 120 mesi (inclusivo di un eventuale pre-ammortamento).

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

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

Art. 5 - RIMBORSO DEL PREMIO
In caso di estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento presso altro Istituto, la Compagnia restituisce al Debitore/Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

I premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile
L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

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

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

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

Esempio:

Premio Imponibile (parte Danni)	€ 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 - Sp
R = 566,67 - € 12,50
R = 554,17

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

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

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

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

3. in caso di esercizio del diritto di recesso, nei casi di cui all'Art. 7;

ART. 7 – DIRITTO DI RECESSO

7.1 – Recesso entro i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza
L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A.R, o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.) direttamente alla Compagnia o alla Banca Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia:

- **<u>Fax</u>: 045-8391920**

- **<u>Indirizzo</u>: 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 procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato**, senza alcun onere a carico di quest'ultimo.**

Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed **entro 60** giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, **ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia**.

La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

<u>7.2 – Recesso durante la vigenza del contratto - trascorsi 5 anni di copertura</u>
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.) :

- **<u>Fax</u>: 045-8391920**

- **<u>Indirizzo</u>: 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.

<u>7.3 – Rimborso del premio in caso di recesso trascorsi 5 anni di copertura</u>
In caso di Recesso trascorsi i cinque anni di copertura assicurativa, la Compagnia restituisce al debitore/Assicurato la <u>parte di premio Danni</u> pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

Il premio da rimborsare viene determinato secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile
L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

$$R = P * MR/D$$

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

Esempio:

Premio Imponibile (parte Danni)	€ 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
R = 566,64

Art. 8 – PREMIO
A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

L'importo di Premio unico anticipato si ottiene applicando il Tasso di Premio Lordo Mensile, secondo quanto indicato nella Tabella sotto riportata, moltiplicato per l'intera durata del Finanziamento:

Status Occupazionale Assicurato	Tasso di Premio Lordo Mensile
Lavoratore Autonomo	**0,049%**
Lavoratore Dipendente Pubblico/Privato	**0,11%**
Non Lavoratore Lavoratore Dipendente di impresa familiare	**0,085%**

Il premio verrà corrisposto alla Società dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché trattenga dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del finanziamento, il premio unico anticipato dovuto per tutta la durata del finanziamento stesso.

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

Lo sconto applicato al tasso corrisponde al: 1%

Art. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

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

Art. 10 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

Costi di acquisizione, gestione ed incasso DANNI	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) - DANNI
65,00%	**76,92%**

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

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando un Tasso mensile Lordo danni dello 0,11%.

Per il tasso danni è stato considerato, sempre a titolo esemplificativo lo Status Occupazionale di Lavoratore Dipendente e quindi la garanzia Perdita di Impiego e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia):

Capitale Richiesto iniziale	€ 10.000,00
Capitale Finanziato	€ 10.706,638
Età e sesso del'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	60 mesi (5 anni)
Premio Lordo Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 706,64**
Premio Netto Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 689,40**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 448,11
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 344,69

Art. 11 - REGIME FISCALE

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

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

Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale originaria, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia.

Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare i documenti si faccia riferimento all'Art. 21 – COMUNICAZIONI.

Le situazioni che da tale mutamento occupazionale possono causare l'aggravamento del rischio ove non comunicate alla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini , previsti dall'art.1898 cod. civ. e fermo restando quanto previsto all'ultimo comma del citato articolo.
Nel caso in cui la modifica della condizione occupazionale (anche nel caso di diminuzione del rischio) dell'Assicurato benché comunicata sia tale da comportare una variazione dei presupposti in base ai quali la copertura era stata pattuita, la Società provvederà, a far data dal ricevimento della comunicazione, a risolvere il contratto (Parte Danni) e alla restituzione del relativo premio pagato e non goduto al netto delle imposte secondo le modalità previste all'Art. 5

Art. 13 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

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

(*) ABC Assicura S.p.A

c/o "FINANCIAL INSURANCE 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 Malattia Grave (MG):

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

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

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

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

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

Infine, qualora alla scadenza del Periodo di Assicurazione perduri un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea, per Perdita di Impiego o per Malattia Grave , 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 all'Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile da Abc Assicura S.p.A.,**
- **comunicare alla Compagnia tutte le date di estinzione anticipata dei finanziamenti a cui viene abbinata la presente copertura assicurativa.**

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

Art. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI
Resta convenuto che l'Assicurazione può cumularsi con altre Assicurazioni, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

Art. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI
A deroga dell'Art.. 1912 c.c. sono compresi i Sinistri determinati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 18 – LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE
I limiti territoriali delle singole garanzie offerte con la presente Polizza sono riportati negli articoli. "Esclusioni" riferiti ad ogni specifica sezione: Art. 28 Esclusioni per il Caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Art. 33 Esclusioni per il Caso di Perdita di Impiego, Art. 37 Esclusioni per il Caso di Malattia Grave. Il rischio di Invalidità Totale Permanente è coperto senza limiti territoriali.

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

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

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

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

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

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

Art. 22 – **CESSIONE DEI DIRITTI**
L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione.

Art. 23 – RECLAMI
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

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

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.
Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.
Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Art. 24 - FORO COMPETENTE
Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui l'Assicurato ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 25 – ALLEGATI
Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Sezione A

ASSICURAZIONE INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta per i Lavoratori Autonomi

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

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

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

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di **Euro 1.600,00,** limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

ART. 27 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA
Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore Autonomo e che sia Lavoratore Autonomo alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 26, a condizione che:

1. l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia temporaneamente nella totale incapacità fisica di attendere alla Normale Attività Lavorativa;
3. il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del **Periodo di Carenza di 30 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA;
4. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 28.

ART. 28 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITA' TOTALE TEMPORANEA
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

i. malattie tropicali o epidemiche;
ii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
iii. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;

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

v. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;

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

vii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;

viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;

ix. Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;

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. 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;

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 nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni**, oppure a **90 giorni** se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 30 – CONTROVERSIE

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

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

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio

dell’Ordine dei Medici della città ove ha sede l’istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell’Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione B

ASSICURAZIONE PERDITA DI IMPIEGO

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

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

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

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

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

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

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di **Euro 1.600,00,** limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

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

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

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

2. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data di scadenza del **Periodo di Carenza pari a 90 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA;

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

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

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Disoccupazione se:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico, 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 Disoccupazione è conseguenza della naturale scadenza del contratto di lavoro;
- 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;

ART. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni.**

SEZIONE C

ASSICURAZIONE MALATTIA GRAVE

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

ART. 35 – INDENNIZZO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

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

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

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

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

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di **Euro 1.600,00**, limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

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

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

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

1) <u>Tumore</u>

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

2) <u>Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare</u>

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

3) Infarto Miocardico

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

4) Ictus cerebrale

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

5) Insufficienza renale

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

6) Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo.

E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

ART. 37 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

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

i. malattie tropicali o epidemiche;
ii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
iii. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
iv. operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato
v. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
vi. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
vii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
ix. Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
x. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
xi. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

xii. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;

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

i. interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;

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

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

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

ART. 38 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione di un Sinistro per Malattia Grave nessun Indennizzo verrà corrisposto per i successivi Sinistri per Malattia Grave se non sia trascorso un **Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi**.

Il Periodo di Riqualificazione decorre dalla data in cui, in base al piano di ammortamento del Finanziamento, è dovuta la dodicesima Rata indennizzata per Malattia Grave.

ART. 39 – CONTROVERSIE

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

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

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

Sezione D
ASSICURAZIONE INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta 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 alla Banca Contraente alla data della relazione del medico legale che attesti l'Invalidità Totale Permanente, così come calcolato dalla Banca 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 80.000**, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

Qualora sia già stato liquidato un indennizzo per Malattia Grave, pari a 12 Rate in un'unica soluzione, e l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla diagnosi della patologia, dal calcolo del Debito Residuo saranno dedotte le Rate già corrisposte in riferimento alla Malattia Grave e al medesimo periodo temporale.

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** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4;

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 tropicali o epidemiche;

ii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;

iii. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;

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

v. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;

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

vii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;

viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;

ix. 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;

x. 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

xi. Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario

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. 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;

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

FASCICOLO INFORMATIVO – PRODOTTO ASSICURATIVO VITA

Nuova Protezione Prestiti Banca

CONVENZIONE COLLETTIVA NUMERO 9.800.000

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

929 – Ed. aggiornata al 31/05/2016

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; indirizzo posta elettronica certificata: bericavita@pec.gruppocattolica.it;
e) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2265 del 2 aprile 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 84 del 9 aprile 2004;
f) Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00147.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2015 ammonta a 74 milioni di Euro (capitale sociale: 31 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 34 milioni di Euro).
L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2015 risulta pari a 1,16 volte.

B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

3.1 Elenco prestazioni assicurative previste dalla Convenzione Assicurativa Collettiva (garanzie danni e vita)

La Convenzione Collettiva offre le seguenti garanzie vita e danni:

Garanzie Danni	– Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia (solo per lavoratori autonomi) – Perdita di Impiego (solo per lavoratori dipendenti di Enti Privati e lavoratori dipendenti di Enti Pubblici) – Malattia Grave (solo per non lavoratori o lavoratori dipendenti di impresa familiare)
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 all' Assicurato che aderirà alla presente polizza collettiva corrisponde a quella dell'ammortamento del Contratto di Finanziamento concesso dall'Ente Erogatore del finanziamento, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.
Il Contratto di Finanziamento di cui alla presente copertura assicurativa può avere una durata minima di 10 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 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. In tal caso la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento.

Il contratto prevede la seguente prestazione assicurativa:
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 all'Assicurato. Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

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

Si invita l'Assicurato a leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla compilazione del Questionario Sanitario.

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

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

Il premio verrà corrisposto alla Compagnia dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché trattenga dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del finanziamento, il premio unico anticipato dovuto per tutta la durata del finanziamento stesso.

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

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 a carico dell'Assicurato	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in valore assoluto)
61,40% del premio	81,43%	150,00 Euro (*)

(*) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio pari a 300,00 Euro.

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

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

C – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

5.1.1 Costi gravanti sul premio

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio unico corrisposto.
I costi gravanti sul premio unico sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Durata della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
Qualsiasi	61,40% del premio

5.1.2 Spese amministrative 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 di spese amministrative dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

* * *

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

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
50,00%

6. Regime fiscale

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

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

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

D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del contratto

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

8. Riscatto e riduzione

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

9. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
Il recesso si esercita mediante fax al numero 045-8391920 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.
Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza.
Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

10. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni, dei rimborsi e dei termini di prescrizione

Per la liquidazione delle prestazioni assicurative in contratto, i soggetti aventi diritto sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione indicata all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione comprensiva dell'apposito modulo di denuncia, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, inviandola 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 o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Berica Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0458372343 – E-mail reclami@bericavita.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma – Telefono 06/421331 – Fax 06-42133745 o 06-42133353, utilizzando lo

specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

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

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

14. Comunicazioni dell'Assicurato alla Compagnia

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

15. Informativa in corso di contratto

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

16. Conflitto di interessi

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

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

Il Rappresentante Legale
Carlo Barbera

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE 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 all'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 del Questionario Sanitario.
In questo caso sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7.
Nel caso di mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, l'Assicurazione Temporanea in caso di Morte relativa a ciascun singolo Assicurato non produrrà effetti.

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 80.000,00 €, 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 all'Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso alla Assicurazione 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.
Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

Art. 3 – Diritto di recesso.
Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
Il recesso si esercita mediante fax al numero 045-8391920 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.
Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire 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.
La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

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

Il premio verrà corrisposto alla Compagnia dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché trattenga dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del finanziamento, il premio unico anticipato dovuto per tutta la durata del finanziamento stesso

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

Criteri e modalità per la definizione del rimborso del premio.
La parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria è calcolata, per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i costi in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.
L'importo di tale rimborso si determina sommando i risultati delle seguenti formulazioni:

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

Dove:
PVita = premio versato
H = costi sul premio (Art. 9 – tabella A)
N = durata della copertura assicurativa espressa in mesi interi
K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo
J= tasso di ammortamento annuo iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento

Dal premio determinato con la regola sopra riportata andranno sottratte le spese di rimborso di cui al successivo Art. 9.1.2.

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

Esempio n°1
PVita = 500,00 Euro
H = 61,40%
N = 60 mesi
K=12 mesi
J = 5%

Rimborso del premio puro: 500,00 * (1-61,40%) * [(60-12)/60] * [1-(1+7%/12)^-(60-12)] / [1-(1+7%/12)^-60] = 127,67 Euro
Rimborso dei costi: 500,00*61,40%*[(60-12)/60] = 245,60 Euro
Importo del premio da rimborsare = 127,67 + 245,60 – 12,50 = 360,77 Euro

Esempio n°2
PVita = 500,00 Euro
H = 61,40%
N = 60 mesi
K = 36 mesi
J = 5%

Rimborso del premio puro: 500,00 * (1-61,40%) * [(60-36)/60] * [1-(1+7%/12)^-(60-36)] / [1-(1+7%/12)^-60] = 34,14 Euro
Rimborso dei costi: 500,00*61,40%*[(60-36)/60] = 122,80 Euro
Importo del premio da rimborsare = 34,14 + 122,80 – 12,50 = 144,44 Euro

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

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

B) HA DIRITTO, QUANDO L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

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

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 80.000,00 €, 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 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.

Ai fini della determinazione del capitale assicurato, il debito residuo quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento, sarà:
- dedotto delle rate insolute risultanti alla data del decesso dell'Assicurato, degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e delle spese e/o delle eventuali commissioni accessorie;
- maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima scadenza delle rate fino al momento del decesso dell'Assicurato.

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

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

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

a) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
b) **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
c) **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
d) **suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;**
e) **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.);**
f) **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;**
g) **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 idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;**
h) **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
i) **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;**
j) **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;**
k) **dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;**
l) **svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose,controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.**

B. CONDIZIONI DI CARENZA

Qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 30 giorni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto a Malattia, il capitale assicurato non sarà pagato.

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:

- della data di scadenza originaria del singolo Contratto di Finanziamento;
- della data di esercizio del diritto di recesso;
- della data di pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte;

estinzione anticipata o di trasferimento (ove l'Assicurato riceva il rimborso del premio residuo) del Finanziamento originariamente stipulato**.**

Art. 9 – Costi.

Art. 9.1 – Costi gravanti sul premio

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

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

Tabella A

Durata della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
Qualsiasi	61,40% del premio

Art. 9.2 – Spese amministrative 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 a titolo di spese amministrative.

* * *

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

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
50,00%

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;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbiamo sottoscritto il Questionario Sanitario per finanziamenti di importo uguale o superiore a 7.500,00 €.

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

L'età dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore ad anni 75 anni non compiuti.
Il Contraente e l'Assicurato devono avere il proprio domicilio in Italia secondo l'art. 43 comma 1 del cod. civ..

Art. 11 – Durata.
La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva 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.
Il Contratto di Finanziamento di cui alla presente copertura assicurativa può avere una durata minima di 10 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.
Tale durata comprende:
- il periodo di differimento dell'ammortamento con esclusivo pagamento degli interessi;
- lo sblocco successivo dei fondi;
- il periodo di attesa di sblocco dei fondi.

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

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

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

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

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

In caso di decesso:
– certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
– richiesta di liquidazione 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;
– Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
  - in presenza di testamento:
    – nel caso in cui i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
    – l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
  - in assenza di testamento:
    – le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

  Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;
– in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione.

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 fax al numero 02/23331247 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. c/o

"FINANCIAL INSURANCE 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 Mutuo.
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

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

a) identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:
   - ❖ cliente (contraente) ed eventuale esecutore,
   - ❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa),
   - ❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;
b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;
c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;
d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

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 la Banca Contraente e sottoscritto il Modulo di Adesione e presenti i requisiti di assicurabilità previsti dal 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: Persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione collettiva.

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 Proposta.

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.

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
Nuova Protezione Prestiti Banca

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 nel Questionario Sanitario.
In particolare, la Compagnia ha diritto:
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.
Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.
A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni. Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza. Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.
L' Assicurato si impegna a produrre il proprio certificato di nascita, se richiesto dalla Compagnia.
Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione consegnategli. Accetta integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.
Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Luogo e data

_____

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

_____

FACSIMILE

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 e firma leggibile)
Luogo e data _____	_____	_____

FAC - SIMILE

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

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

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

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