

## INFORMATIVA PRIVACY

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

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

#### **I - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI**

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

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

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

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

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

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

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

La mancata prestazione del consenso avrà come unica conseguenza l'impossibilità di trattare i Suoi dati per tali fini e non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

#### **III - MODALITÀ D'USO E CIRCOLAZIONE DEI DATI**

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

Il trattamento dei Suoi dati personali è svolto direttamente dagli incaricati preposti di **Abc Assicura S.p.A** e di altri soggetti, in taluni casi operanti all'estero, che collaborano con la stessa e che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa ed assicurativa. Ad essi vengono trasmessi solo i Suoi dati personali necessari per lo svolgimento dei compiti loro affidati.

Si tratta, in modo particolare, di: intermediari di assicurazione e riassicurazione, società di assicurazione e riassicurazione; consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliare per nostro conto quali legali, periti e medici; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria; cliniche mediche; società di riparazione danni; società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e di stampa; società di servizi amministrativi; società di servizi assicurativi quali valutazione dei rischi, gestione e liquidazione dei sinistri; società di servizi postali; società di revisione; società di ricerche di mercato; società di informazione commerciale, società di servizi investigativi, società di recupero crediti.

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

settore assicurativo (ad esempio Convenzione Indennizzo Diretto CID, Concordato Cauzione e Credito, Pool Handicappati, ecc.).

In alcuni casi la comunicazione avviene per obbligo di Legge, regolamento o normativa nazionale o comunitaria (lo prevedono ad esempio la disciplina di antiriciclaggio e la normativa in materia di controllo societario e contabile e di vigilanza sull'attività assicurativa), oppure per l'esercizio di azioni a tutela dell'attività assicurativa, ad esempio, contro le frodi.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie di soggetti terzi. I Suoi dati personali non saranno diffusi.

#### **IV - DIRITTI DELL'INTERESSATO**

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

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l'elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti, Lei si potrà rivolgere a **ABC Assicura S.p.A.**, Titolare del trattamento dati, contattando il **Servizio Privacy**, Lungadige Cangrande n. 16 – 37126 Verona, oppure inviando un messaggio di posta elettronica all'indirizzo [data.protection@cattolicaassicurazioni.it](mailto:data.protection@cattolicaassicurazioni.it).

## **INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

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

### **I - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI**

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

- predisporre e dare esecuzione al contratto;
- adempiere agli obblighi di legge, di regolamenti o normative nazionali o comunitarie, derivanti dal rapporto contrattuale;
- qualora necessario, ridistribuire il rischio, mediante la conclusione di contratti di coassicurazione e di riassicurazione.

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

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

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

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

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

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

### **III - MODALITA' D'USO DEI DATI**

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

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

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

### **IV - DIRITTI DELL'INTERESSATO**

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

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

FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

# CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

## PROTEZIONE MUTUI Canali Terzi 5 - 10

Convenzione Collettiva Numero: 17000130000107

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**

## NOTA INFORMATIVA

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

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

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

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### 1. Informazioni generali

##### **Abc Assicura S.p.a.**

- a) ABC Assicura S.p.A Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00647820232, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 147512, Società iscritta all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS al n. 100054,
- b) Sede Legale e Amministrativa in Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona;
- c) Telefono: 0458391111; sito Internet: [www.Abcassicura.it](http://www.Abcassicura.it), [informazioni@abcassicura.it](mailto:informazioni@abcassicura.it);
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: a norma del DM del 8 marzo 1982 G.U. n. 76 del 18 marzo 1982;
- e) Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2013 ammonta a 11 milioni di euro di cui 12 milioni di euro sono relativi al capitale sociale e al totale delle riserve.

L'indice di solvibilità, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2013 risulta pari al 269%.

#### 3. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto di Abc Assicura S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Banca Popolare di Vicenza s.c.p.a..

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.

Le Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Assicurato.

## B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

**Per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero** l'Assicurazione ha durata pari ai primi 10 anni di durata del Contratto di Mutuo successivi alla Data Iniziale e cessa alla scadenza di tale termine. Se il Contratto di Mutuo dura meno di 10 anni (120 mesi) la copertura cessa alla scadenza del Contratto di Mutuo

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

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

### **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. In caso di disdetta, per le operazioni precedentemente assicurate e per ciascun Assicurato, la garanzia prestata resterà comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza.

## **4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni**

### **4.1 Coperture assicurative offerte**

La Convenzione Collettiva, offre le garanzie di cui alla seguente tabella la cui durata della copertura, per la solo garanzia vita "Decesso" è differente in funzione del pacchetto scelto dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del modulo di adesione

<b>PACCHETTO</b>	<b>GARANZIE</b>	<b>GARANZIE</b>	<b>DURATA</b>
<b>A</b>	<b>Danni</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Inabilità Totale Temporanea da Infortuni o Malattia</li><li>– Disoccupazione</li><li>– Ricovero Ospedaliero</li></ul>	Quanto dura il mutuo con il massimo di 10 anni (120 mesi)
	<b>Vita</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Decesso</li></ul>	5 anni (60 mesi)
<b>B</b>	<b>Danni</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Inabilità Totale Temporanea da Infortuni o Malattia</li><li>– Disoccupazione</li><li>– Ricovero Ospedaliero</li></ul>	Quanto dura il mutuo con il massimo di 10 anni (120 mesi)
	<b>Vita</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Decesso</li></ul>	10 anni (120 mesi)

Le garanzie (prestazioni assicurative ) danni (Inabilità totale temporanea, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero) sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo.

Le garanzie (prestazioni assicurative) Vita (Decesso) sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo

#### **4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni**

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

- Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 28
- Perdita di Impiego (PI) – Art. 33
- Ricovero Ospedaliero (RO) – Art. 37 ;
- Decesso - confronta Fascicolo Informativo Vita.

#### **4.3 AVVERTENZA - Franchigie Scoperti e Massimali**

Per conoscere in dettaglio le Franchigie, gli Scoperti e i Massimali applicabili alle singole garanzie si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione ;
- Perdita di Impiego (PI) – Art. 31 delle Condizioni di Assicurazione;
- Ricovero Ospedaliero (RO) – Art. 35 delle Condizioni di Assicurazione;
- 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 relativa 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 relativa di 30 gg; 5 rate mensili x € 400,00 = € 2.000,00

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

### **5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:**

***Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio***

**possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.**

**5.2 AVVERTENZA - Cause di nullità e/o cessazione delle garanzie:**

Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

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

**6. Aggravamento e diminuzione del rischio**

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ..

**7. Premio**

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

Il Premio unico e anticipato, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale finanziato del Contratto (che, in riferimento a Contratti con capitale finanziato inferiore a €200.000, coincide col capitale assicurato iniziale) e alla durata della copertura assicurativa. In riferimento a Contratti con capitale finanziato maggiore di €200.000, il Premio è calcolato dalla Compagnia sempre e comunque sulla base di un capitale assicurato iniziale pari ad €200.000 e alla durata della copertura assicurativa, anche se il capitale realmente finanziato è maggiore. L'importo di Premio unico anticipato si ottiene applicando il Tasso di Premio lordo, di cui all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione

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

1. *sul conto corrente dell'Assicurato, un addebito in un'unica soluzione per tutta la durata/durata residua del finanziamento,*
2. *la trattenuta dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del mutuo, del premio unico anticipato dovuto per tutta la durata del finanziamento.*

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

Lo sconto applicato corrisponde al: 5,22%

### 7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

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

### 7.2 Costi gravanti sul premio

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

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

Durata della copertura	Tasso di Premio Lordo (*)	Costi di acquisizione, gestione ed incasso	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi)
6 - 120 mesi	1,2%	55%	91%

(\*) Il tasso di premio è unico ed è espresso in % del Capitale Finanziato del Finanziamento.

Tabella esemplificativa dei premi (considerando l'acquisto del pacchetto A di garanzie)

<b>Capitale Richiesto iniziale</b>	€ 100.000,00
<b>Capitale Finanziato</b>	€ 101.214,57
<b>Età e sesso dell'Assicurato</b>	Qualunque
<b>Durata della copertura (mesi)</b>	120 mesi (10 anni)
<b>Premio Lordo Danni per tutta la durata del finanziamento</b>	<b>€ 1.214,57</b>
<b>Premio Netto Danni per tutta la durata del finanziamento</b>	<b>€ 1.184,95</b>
<b>Costi di acquisizione e incasso danni (in valore assoluto)</b>	€ 651,72
<b>Provvigioni percepite dall'Intermediario parte danni (in valore assoluto)</b>	€ 593,06

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

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

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

### **Metodo di Rimborso su base Mensile**

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

Previa autorizzazione da parte del Contraente, la Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.

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

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

MR = mesi residui di copertura

D = durata totale (in mesi) del finanziamento

Sp = Spese di rimborso

### **Esempio:**

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

$$R = 1000 * 34/60 - € 25,00$$

$$R = € 541,67$$

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

### **8. AVVERTENZA - Diritto di ripensamento**

L'Assicurato può recedere dal presente contratto:

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

Nel caso di recesso esercitato 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*

#### **8. 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.

#### **9. Legge applicabile al contratto**

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

#### **10. Regime fiscale**

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

**11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**

**AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro**

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

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

(\*) **Abc Assicura S.p.A.**  
**c/o CNP ASSURANCES SA**  
**Ufficio Sinistri**  
**Via Albricci, 7**  
**Piano 3°**  
**20122 – Milano**  
**Telefono: 800 179 057**

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del Sinistro e inoltrarlo alla Società non oltre il 60esimo giorno dal termine del precedente periodo di 30 giorni.

La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di assicurazione.

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

- ***In caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT)*** Art. 13
- ***In caso di Perdita di Impiego (PI)***: Art. 13
- ***In caso di ricovero ospedaliero (RO)***: Art. 13

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

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

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

Infine, qualora alla scadenza del Periodo di Assicurazione perduri un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego, nulla sarà più dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione per il periodo successivo alla suddetta scadenza, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un Indennizzo prima della scadenza e la data della scadenza stessa.

## 12. **Reclami**

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

**ABC Assicura S.p.A.**

- Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa

- Servizio Reclami di Gruppo -

Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 045.83.72.336

E-mail: [reclami@abcassicura.it](mailto:reclami@abcassicura.it)

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

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

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

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

Il sistema competente è individuabile accedendo al sito Internet: [http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm).

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

## 13. **AVVERTENZA - Arbitrato**

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

- **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (ITT) - Art. 30 Condizioni di Assicurazione**
- **Ricovero Ospedaliero (RO) - Art. 39 Condizioni di Assicurazione**

**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:** Ciascuna delle persone fisiche, fino ad un massimo di due, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto e sottoscritto il Modulo di Adesione e presenti i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

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

**Beneficiario:**

Il soggetto che beneficia delle prestazioni assicurative previste dal contratto e che corrisponde all'Assicurato.

**Contraente: Banca Popolare di Vicenza S.c.p.A.**, che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva a favore dei propri clienti;

**Contratto:** Il contratto di mutuo – con capitale finanziato non maggiore di € 500.000,00 se monointestato o non maggiore di € 1.000.000 in caso di contestazione -, promosso all'Assicurato da Canali Terzi, garantito da ipoteca tra la Banca Contraente e l'Assicurato, con il quale la Banca Contraente concede in prestito o una somma determinata, finalizzata indicativamente ad una o più delle seguenti finalità: acquisto della proprietà, surroga o sostituzione di un precedente mutuo oltre a spese per completamento della costruzione, ristrutturazione, ampliamento, costruzione, manutenzione ordinaria/straordinaria, esecuzione di opere di miglioramento e/o restauro, di un bene immobile, comprese le eventuali altre spese accessorie (quali ad esempio oneri notarili e fiscali), ed ulteriore liquidità che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Banca Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, inclusivo di un eventuale periodo di pre-ammortamento.

**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 Polizza Convenzione collettiva.

**Perdita di Impiego:**

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

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

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

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

**Inabilità Totale Temporanea:** La perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazioni.

**Indennizzo:** La somma dovuta dalla Società in base al contratto di assicurazione in caso di Sinistro.

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

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

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

**Intermediario Collocatore:** Banca Popolare di Vicenza s.c.p.a., Via Btg. Framarin, 18 - 36100 Vicenza

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

**Lavoratore Autonomo:**

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

**Lavoratore Dipendente Privato:**

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

**Lavoratore Dipendente Pubblico:**

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

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

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

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

**Normale Attività Lavorativa:**

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

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

**Periodo di Carenza:**

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

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

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

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

nuovo Sinistro rispettivamente per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego o per Ricovero Ospedaliero.

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

**Premio** La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che l'Assicurato deve alla Società 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.

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

**Ricovero Ospedaliero:**

La degenza, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle condizioni particolari di assicurazione.

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

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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo nei casi sotto indicati, diversi a seconda del "Pacchetto" di garanzie scelto dall'Assicurato in fase di sottoscrizione:

PACCHETTO	GARANZIE	GARANZIE	DURATA
<b>A</b>	<b>Danni</b>	– Inabilità Totale Temporanea da Infortuni o Malattia – Disoccupazione – Ricovero Ospedaliero	Quanto dura il mutuo con il massimo di 10 anni (120 mesi)
	<b>Vita</b>	– Decesso	5 anni (60 mesi)
<b>B</b>	<b>Danni</b>	– Inabilità Totale Temporanea da Infortuni o Malattia – Disoccupazione – Ricovero Ospedaliero	Quanto dura il mutuo con il massimo di 10 anni (120 mesi)
	<b>Vita</b>	– Decesso	10 anni (120 mesi)

Le garanzie (prestazioni assicurative) danni (Inabilità totale temporanea, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero) sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo.

Le garanzie (coperture assicurative) Vita (Decesso) sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo

### ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

2.1. È assicurabile la persona fisica (Assicurato) che:

1. abbia sottoscritto il Contratto, promosso da Canali Terzi, in qualità di mutuatario e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
2. goda di buona salute, e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
3. se Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente, svolga la propria Normale Attività Lavorativa da almeno 12 mesi e non sia stata assente, negli ultimi 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio, escluso il caso di Non Lavoratore;
4. sia di età: non inferiore a 18 anni né superiore ai 60 anni (non compiuti)

2.2. Nel caso in cui il Contratto sia sottoscritto congiuntamente da due o più mutuatari, si applica quanto segue:

:

- **Assicurare uno solo dei contestatari**, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del mutuo;
- **Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di due)**, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di Assicurabilità di cui Art. 2.1. Dovrà essere

sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo.

### **Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI**

In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero il Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato stesso.

### **Art. 4- DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Per ogni Assicurato, salvo il Periodo di Carenza previsto per le singole garanzie, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data si stato adempiuto all'obbligo del pagamento dei Premi dovuti fino a tale data e che, in relazione all'Assicurato risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.1.

**Per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero** l'Assicurazione ha durata pari ai primi 10 anni di durata del Contratto successivi alla Data Iniziale e cessa alla scadenza di tale termine. Nel caso in cui il Mutuo abbia una durata inferiore a 10 anni (120 mesi), l'Assicurazione dura quanto dura il mutuo

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

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

### **Art. 5 - RIMBORSO DEL PREMIO**

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

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

#### **Metodo di Rimborso su base Mensile**

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

Previa autorizzazione da parte del Contraente, la Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.

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

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

MR = mesi residui di copertura

D = durata totale (in mesi) del finanziamento  
Sp = Spese di Rimborso

**Esempio:**

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

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

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

**Art. 6 – DISDETTA CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE**

Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

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

**ART. 7 – DIRITTO DI RIPENSAMENTO (RECESSO)**

**7.1 – Ripensamento dopo la stipulazione del contratto e nei 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza**

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

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

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta, per il tramite del Contraente o direttamente dall'Assicurato, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Il premio da rimborsare viene determinato secondo la seguente formula:**

#### **Metodo di Rimborso su base Mensile**

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

La Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.

$$R = P * MR/D$$

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

MR = mesi residui di copertura

D = durata totale (in mesi) del finanziamento

**Esempio:**

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

$$R = 1000 * 34/60$$

$$R = € 566,67$$

**ART. 8 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA**

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

Il Premio unico e anticipato, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale finanziato del Contratto (che, in riferimento a Contratti con capitale finanziato inferiore a €200.000, coincide col capitale assicurato iniziale) e alla durata della copertura assicurativa. In riferimento a Contratti con capitale finanziato maggiore di €200.000, il Premio è calcolato dalla Compagnia sempre e comunque sulla base di un capitale assicurato iniziale pari ad €200.000 e alla durata della copertura assicurativa, anche se il capitale realmente finanziato è maggiore. L'importo di Premio unico anticipato si ottiene applicando il Tasso di Premio lordo sotto riportato

:

Durata del finanziamento (mesi)	Tasso di Premio Lordo
120 mesi	1,2%

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

- 1. sul conto corrente dell'Assicurato, un addebito in un'unica soluzione per tutta la durata/durata residua del finanziamento,*
- 2. la trattenuta dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del mutuo, del premio unico anticipato dovuto per tutta la durata del finanziamento.*

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

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

**Art. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

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

#### ART. 10 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

Durata della copertura	Tasso di Premio Lordo (*)	Costi di acquisizione, gestione ed incasso	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi)
6 - 120 mesi	1,2%	55%	91%

(\*) Il tasso di premio è unico ed è espresso in % Capitale Finanziato.

Tabella esemplificativa dei premi (considerando l'acquisto del pacchetto A di garanzie)

<b>Capitale Richiesto iniziale</b>	€ 100.000,00
<b>Capitale Finanziato</b>	€ 101.214,57
<b>Età e sesso dell'Assicurato</b>	Qualunque
<b>Durata della copertura (mesi)</b>	120 mesi (10 anni)
<b>Premio Lordo Danni per tutta la durata del finanziamento</b>	<b>€ 1.214,57</b>
<b>Premio Netto Danni per tutta la durata del finanziamento</b>	<b>€ 1.184,95</b>
<b>Costi di acquisizione e incasso danni (in valore assoluto)</b>	€ 651,72
<b>Provvigioni percepite dall'Intermediario parte danni (in valore assoluto)</b>	€ 593,06

#### ART. 11 - REGIME FISCALE

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

#### ART. 12 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

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

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

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

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

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

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

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

**(\*) *Abc Assicura S.p.A.*  
c/o *CNP ASSURANCES SA*  
Ufficio Sinistri  
Via Albricci, 7  
Piano 3°  
20122 – Milano  
Telefono: 800 179 057**

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del Sinistro e inoltrarlo alla Società non oltre il 60esimo giorno dal termine del precedente periodo di 30 giorni.

La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di assicurazione.

Documenti da inviare in caso di sinistro:

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

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

**In caso di Perdita di Impiego (PI):**

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

**In caso di ricovero ospedaliero (RO):**

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

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

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

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

Infine, qualora alla scadenza del Periodo di Assicurazione perduri un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego, nulla sarà più dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione per il periodo successivo alla suddetta scadenza, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un Indennizzo prima della scadenza e la data della scadenza stessa.

**Art. 14 – OBBLIGHI DELLE PARTI**

**L'Intermediario collocatore si impegna a:**

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Modulo di Adesione all'Assicurato;
- fornire alle Compagnie i dati anagrafici e fiscali dell'Assicurato;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile da Abc Assicura S.p.A.,
- su richiesta delle Compagnie comunicare la data di eventuale estinzione anticipata del finanziamento.

**ART. 15 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono

comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

#### **ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI**

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

#### **ART. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI**

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

#### **ART. 18 – LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione per Inabilità Totale Temporanea, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero ha validità nell'ambito dell'Unione Europea.

#### **ART. 19 – DIRITTO DI SURROGA**

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

#### **ART. 20 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

#### **ART. 21 – COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni fra 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 POPOLARE DI VICENZA:**  
Via Bgt. Framarin, 18, CAP 36100 Vicenza  
Fax +39.0444.339676

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](mailto:reclami@abcassicura.it)

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

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

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

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

[http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm)

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

## **Art. 24 - FORO COMPETENTE**

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

## **ART. 25 – ALLEGATI**

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

## CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

### SEZIONE A ASSICURAZIONE INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

(garanzia attiva per i Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)

#### **ART. 26 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA**

L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Fermo il disposto dell'Art. 6, per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo della Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni ; gli Indennizzi successivi, 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 verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.

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

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

La Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 26, a condizione che:

1. l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione.;
2. l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia temporaneamente nella totale incapacità fisica di attendere alla Normale Attività Lavorativa;
3. il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 60 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 26;
4. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 28.

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

Sono esclusi dall'oggetto dell'Assicurazione:

1. le conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data Iniziale e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
2. Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
3. Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
4. Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

5. Infortuni o Malattie causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
6. Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
7. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
8. Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
9. eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
10. interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
11. qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
12. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
13. 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;
14. 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
15. Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare

Nessun Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea sarà corrisposto se, per lo stesso periodo in cui dovrebbe venire corrisposto, la Società ha pagato altri importi a titolo di Indennizzo per il caso di Perdita di Impiego o Ricovero Ospedaliero.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente Polizza.

#### **ART. 29 – DENUNCE SUCCESSIVE**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale periodo di Carenza pari a 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

### **ART. 30 – CONTROVERSIE**

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

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

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

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

**Sezione B**  
**ASSICURAZIONE PERDITA DI IMPIEGO**  
(garanzia attiva per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

**ART. 31 – INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO**

L'Indennizzo previsto nel caso di Perdita di Impiego si applica solo agli Assicurati che al momento del sinistro siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato e consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo della Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 60 giorni consecutivi di Disoccupazione dal termine del periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni ; gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

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

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

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

La Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 31, a condizione che:

1. la Perdita di Impiego si verifichi durante il periodo di vigenza della Assicurazione, salvo quanto stabilito nel precedente Art. 31. e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace;
2. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data di scadenza del Periodo di Carenza di 60 giorni;
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33.

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

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per Perdita di Impiego se:

1. l'Assicurato, salvo quanto previsto al precedente Art. 32, non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo consecutivo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
2. al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita di Impiego, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
3. la Perdita di Impiego sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
4. la Perdita di Impiego sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
5. la Perdita di Impiego sia conseguenza di risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
6. la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o comunque se il rapporto di lavoro dell'Assicurato ha carattere stagionale e/o temporaneo e/o se la relativa perdita è la

- conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.);
7. al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla legge italiana;
  8. l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
  9. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
  10. la Società ha pagato per lo stesso periodo Indennizzi previsti per il caso di Inabilità Totale Temporanea;
  11. la Perdita di Impiego è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Totale Temporanea;
  12. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.

Nessun Indennizzo è dovuto se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente Polizza.

#### **ART. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di Perdita di Impiego se non è trascorso un Periodo di Riquilificazione pari a 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

**Sezione C**  
**ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO**  
(garanzia attiva per i Non Lavoratori)

**ART. 35 - INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO**

L'Indennizzo previsto in caso di Ricovero Ospedaliero consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta. Fermo il disposto dell'Art. 6., per ogni Sinistro il primo Indennizzo, pari all'importo della Rata Protetta, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia Relativa pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero; gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali di importo pari alla Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

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

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

**ART. 36 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO**

La Società liquiderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al precedente Art. 35, a condizione che:

1. Il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. Il Ricovero Ospedaliero sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 60 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace;
3. Il Sinistro non rientri in una delle esclusioni di cui al successivo Art. 37.

**ART. 37 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO**

Sono esclusi dall'assicurazione i Ricoveri Ospedalieri derivanti dagli Infortuni e Malattie e quant'altro già indicato all'Art. 28 – Assicurazione Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia.

Nessun Indennizzo è dovuto se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Dipendente o Lavoratore Autonomo e se, per lo stesso periodo in cui dovrebbe venire corrisposto, la Società ha pagato altri importi a titolo di Indennizzo per il caso di Inabilità Totale Temporanea.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente Polizza.

**ART. 38 - DENUNCE SUCCESSIVE**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

### **ART. 39 - CONTROVERSIE**

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

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

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



**Berica Vita S.p.A.**

Gruppo Cattolica Assicurazioni

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

# Protezione Mutui Canali Terzi 5-10

CONVENZIONE COLLETTIVA NUMERO 5200000

**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.**



918 - Ed. aggiornata al 31/05/2014

## NOTA INFORMATIVA

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

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

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

#### A – INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

##### 1. Informazioni generali

- 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;
- Sede Legale: Via Battaglione Framarin, 18 – 36100 Vicenza – Italia;
- Direzione Operativa: Via Carlo Ederle, 45 – 37126 – Verona - Italia;
- Telefono: 0458236811; sito Internet: [www.bericavita.it](http://www.bericavita.it); indirizzo di posta elettronica: [bericavita@bericavita.it](mailto:bericavita@bericavita.it);
- 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;
- Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00147.

##### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2013 ammonta a 71 milioni di Euro (capitale sociale: 31 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 29 milioni di Euro).

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2013 risulta pari al 115%.

#### B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

##### 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

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

La Convenzione Collettiva offre le garanzie di cui alla seguente tabella la cui durata della copertura è differente in funzione del "Pacchetto" scelto dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del modulo di adesione.

PACCHETTO	GARANZIE	GARANZIE	DURATA DELL'ASSICURAZIONE
A	Danni	– Inabilità Totale Temporanea da Infortuni o Malattia – Disoccupazione – Ricovero Ospedaliero	10 anni (120 mesi)
	Vita	– Decesso	5 anni (60 mesi)
B	Danni	– Inabilità Totale Temporanea da Infortuni o Malattia – Disoccupazione – Ricovero Ospedaliero	10 anni (120 mesi)
	Vita	– Decesso	10 anni (120 mesi)

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

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

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente Assicurazione collettiva è scelta dall'Assicurato stesso al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione in base al Pacchetto Assicurativo scelto, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione, ed è pari a

- **5 anni (Pacchetto A):** per mutui con durata superiore a 5 anni;
- **10 anni (Pacchetto B):** per mutui con durata superiore a 10 anni;

L'età dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore ad anni 70.

In caso di estinzione parziale o rinegoziazione del Mutuo, la copertura resta commisurata alla durata originaria scelta all'atto della sottoscrizione..

#### ***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 al singolo Assicurato. Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del modulo di adesione non può in ogni caso essere maggiore di € 200.000,00 per Assicurato, anche qualora il capitale effettivamente finanziato in base al Contratto di Mutuo sia maggiore di tale importo. In tali casi il capitale assicurato iniziale è sempre pari ad € 200.000,00 per Assicurato. Tale limite è da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Mutuo della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.

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

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

#### **4. Premi**

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

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

Il premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato il quale conferirà nella Dichiarazione di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui l'incasso del premio con una delle seguenti modalità alternative:

1. sul conto corrente dell'Assicurato, un addebito in un'unica soluzione per tutta la durata/durata residua del finanziamento,
2. la trattenuta dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del mutuo, del premio del servizio assicurativo dovuto per tutta la durata del finanziamento.

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

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

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

Durata della copertura	Costi a carico dell'Assicurato	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in valore assoluto)
5 anni	59,00% del premio unico	72,03%	893,76 Euro (1)
10 anni	59,00% del premio unico	72,03%	1.892,95 Euro (2)

(1) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio pari a 2.103,00 Euro, corrispondente ad un finanziamento di 100.000,00 euro;

(2) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio pari a 4.454,00 Euro, corrispondente ad un finanziamento di 100.000,00 euro;

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

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

## C – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

### 5. Costi

#### 5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

##### 5.1.1 Costi gravanti sul premio

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

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

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

**Tabella A**

Durata della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
Qualsiasi	59,00% del premio unico

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

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia trattiene 25,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

\* \* \*

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

**Tabella B**

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
72,38%

## 6. Regime fiscale

### Imposta sui premi

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

#### Detraibilità fiscale dei premi

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

#### Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa).

Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.

### **D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

#### **7. Modalità di perfezionamento del contratto**

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

#### **8. Riscatto e riduzione**

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

#### **9. Diritto di recesso**

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante fax al numero 045-8391920 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.

Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza.

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

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

Per la liquidazione delle prestazioni assicurative in contratto, i soggetti aventi diritto sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione indicata all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, comprensiva dell'apposito modulo di denuncia, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, inviandola con raccomandata A.R. al seguente indirizzo: Berica Vita S.p.A.: c/o CNP ASSURANCES SA Ufficio Sinistri - Via Albricci, 7 – piano 3° – 20122 Milano. Telefono: 800.179.057.

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

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

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

#### **11. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana.

## 12. Lingua

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

## 13. Reclami

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

Berica Vita S.p.A.  
Servizio Reclami  
c/o Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa  
Servizio Reclami di Gruppo  
Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia)  
Fax 045/8372343  
e-mail: [reclami@bericavita.it](mailto:reclami@bericavita.it)

Il reclamo alla Compagnia deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133745 o 06-42133353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito [http://ec.europa.eu/internal\\_market/finances-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm).

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

## 14. Comunicazioni dell'Assicurato alla Compagnia

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

## 15. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto di Berica Vita S.p.A., Società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Banca Popolare di Vicenza s.c.p.a..

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.

**La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno all'Assicurato.**

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

Il Rappresentante Legale

Carlo Barbera  


## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

#### **Art. 1 – Oggetto.**

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

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

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato tramite la sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute.

**In questo caso sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7.**

Nel caso di mancata sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute, l'Assicurazione Temporanea in caso di Morte relativa a ciascun singolo Assicurato non produrrà effetti.

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 200.000,00€ per Assicurato, anche qualora l'importo del capitale finanziato in base al Contratto di Mutuo ed effettivamente erogato sia maggiore di tale importo. Il predetto limite è da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.

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

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

#### **Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati.**

Il contratto fra Compagnia e Contraente è concluso dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione.

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'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.

#### **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 60 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.

Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza.

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

#### **Art. 4 – Il premio.**

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

Il premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato il quale conferirà nella Dichiarazione di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui l'incasso del premio con una delle seguenti modalità alternative:

1. sul conto corrente dell'Assicurato, un addebito in un'unica soluzione per tutta la durata/durata residua del finanziamento,
2. la trattenuta dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del mutuo, del premio del servizio assicurativo dovuto per tutta la durata del finanziamento.

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

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

#### Criteria 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:  $PV_{Vita} * (1-H) * ((N-K) / N) * [1-(1+J/12)^{-(N-K)}] / [1-(1+J/12)^{-N}]$

Rimborso dei costi:  $PV_{Vita} * H * [(N-K) / N]$

Dove:

PV<sub>Vita</sub> = premio versato

H = costi sul premio (Art. 9 – tabella A)

N = durata della copertura assicurativa espressa in mesi interi

K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo

J = tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento

Dal premio determinato con la regola sopra riportata la Compagnia trattiene 25,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

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

#### Esempio n°1

PV<sub>Vita</sub> = 2.000,00 Euro

H = 59,00%

N = 60 mesi

K = 24 mesi

J = 5%

Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro:  $2.000,00 * (1-59,00\%) * [(60-24)/60] * [1-(1+5\%/12)^{-(60-24)}] / [1-(1+5\%/12)^{-60}]$   
= 309,79 Euro

Rimborso dei costi:  $2.000,00 * 59,00\% * [(60-24)/60] = 708,00$  Euro

Importo del premio da rimborsare =  $309,79 + 708,00 - 25 = 992,79$  Euro

#### Esempio n°2

PVita = 2.000,00 Euro

H = 59,00%

N = 60 mesi

K = 48 mesi

J = 5%

Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro:  $2.000,00 * (1-59,00\%) * [(60-48)/60] * [1-(1+5\%/12)^{-(60-48)}] / [1-(1+5\%/12)^{-60}]$   
= 36,15 Euro

Rimborso dei costi:  $2.000,00 * 59,00\% * [(60-48)/60] = 236,00$  Euro

Importo del premio da rimborsare =  $36,15 + 236,00 - 25 = 247,15$  Euro

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

#### **Art. 5 – Dichiarazioni dell'Assicurato.**

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

##### **A) HA DIRITTO, QUANDO 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 d'anzì 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 ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

#### **Art. 6 – Capitale assicurato iniziale e capitale assicurato in caso di Sinistro.**

Il capitale assicurato iniziale alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 200.000,00€ per Assicurato anche qualora il capitale effettivamente finanziato in base al Contratto di Mutuo sia maggiore di tale importo. In tali casi, il capitale assicurato iniziale è sempre pari ad € 200.000,00 per Assicurato.

Tale limite è 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.

In caso di Sinistro per Morte, la Compagnia liquiderà un capitale pari al debito residuo del Mutuo in linea capitale, o a quota parte dello stesso in caso di cointestazione, quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto, deducendo da tale importo le rate scadute ed eventualmente non pagate alla data del Sinistro e gli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

In caso di Mutui con capitale finanziato maggiore di € 200.000,00, per i quali il capitale assicurato iniziale è sempre pari a 200.000,00€ per Assicurato, in caso di Sinistro per Morte la Compagnia liquiderà un capitale quantificato applicando al residuo del debito in linea capitale (così come risultante dal Contratto di Mutuo)

una percentuale ottenuta dal rapporto tra € 200.000,00 e il capitale effettivamente finanziato in base al Mutuo. Tale percentuale è indicata nel Modulo di Adesione.

A titolo di esempio:

- capitale finanziato in base al Mutuo: Euro 300.000
- debito residuo in linea capitale alla data del sinistro: Euro 250.000
- % da applicare al debito residuo effettivo:  $200.000/300.000 = 67\%$
- Capitale da liquidare:  $250.000 * 67\% = \text{Euro } 167.500$

Si precisa che in caso di due Assicurati, la predetta percentuale sarà applicata pro-quota per Assicurato.

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

### **A. ESCLUSIONI**

**È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:**

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

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

### **B. CONDIZIONI DI CARENZA**

**Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione, ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.**

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

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, differite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

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

#### **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 della copertura assicurativa;
- della data di esercizio del diritto di recesso;
- della data di pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte. In caso di cointestazione la copertura assicurativa rimane in vigore per gli altri Assicurati sino alla scadenza originariamente convenuta;
- in caso di estinzione anticipata o di trasferimento (ove l'Assicurato richieda il rimborso del premio residuo) del Mutuo originariamente stipulato.

#### **Art. 9 – Costi.**

##### **Art. 9.1 – Costi sul premio**

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

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

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

**Tabella A**

<b>Durata della copertura assicurativa</b>	<b>Costi gravanti sul premio</b>
Qualsiasi	59,00% del premio unico

##### **Art. 9.2 – Spese per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento**

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia trattiene 25,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

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

## Tabella B

<b>Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)</b>
72,38%

### **Art. 10 – Requisiti soggettivi.**

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- abbiano stipulato il Contratto di Mutuo con l'Intermediario;
- abbiano un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 anni compiuti e 60 anni non compiuti;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbiano sottoscritto la "Dichiarazione sullo stato di Salute" facente parte del Modulo di Adesione.

L'età dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore ad anni 70 non compiuti.

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

- assicurare uno solo dei contestatari, che sottoscriverà la Dichiarazione di Adesione, per l'intero importo del mutuo;
- assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di due), sempre che per ognuna siano rispettati i Requisiti soggettivi sopra indicati. Dovrà essere sottoscritta un Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo.

### **Art. 11 – Durata.**

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente Assicurazione collettiva è scelta dall'Assicurato stesso al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione in base al Pacchetto Assicurativo scelto, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al precedente Art. 8, ed è pari a

- **5 anni (Pacchetto A):** per mutui con durata superiore a 5 anni;
- **10 anni (Pacchetto B):** per mutui con durata superiore a 10 anni.

L'età dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore ad anni 70.

In caso di estinzione parziale o rinegoziazione del Mutuo, la copertura resta commisurata al capitale assicurato iniziale ed alla durata originaria scelta all'atto della sottoscrizione.

### **Art. 12 – Conflitto di interessi.**

Il presente contratto è un prodotto di Berica Vita S.p.A., Società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Banca Popolare di Vicenza s.c.p.a..

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.

**La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno all'Assicurato.**

### **Art. 13 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.**

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente, l'Assicurato, i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

*In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:*

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

*In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato:*

- richiesta sottoscritta dall'Assicurato.

*In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo:*

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

*In caso di decesso:*

- originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici, o in assenza la dichiarazione di smarrimento, in carta semplice;
- 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 Mutuo. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolte o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- in presenza di testamento,
  - nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
  - atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari);
- in assenza di testamento, atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesti la mancanza di testamento, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari in polizza);
- in caso di Beneficiario minorenni 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, comprensiva dell'apposito modulo di denuncia, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, inviata dagli Avenuti diritto tramite raccomandata A.R. al seguente indirizzo: Berica Vita S.p.A.: c/o CNP ASSURANCES SA Ufficio Sinistri - Via Albricci, 7 – piano 3° – 20122 Milano. Telefono: 800.179.057.

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

<b>Anno assicurativo</b>	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
<b>Appendice</b>	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e l'Assicurato.
<b>Assicurato</b>	Ciascuna delle persone fisiche, fino ad un massimo di due, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto e sottoscritto il Modulo di Adesione e presenti i requisiti di assicurabilità definiti nelle Condizioni di Assicurazione
<b>Beneficiario</b>	Persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.
<b>Capitale in caso di decesso</b>	In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.
<b>Carenza</b>	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 assicurata.
<b>Compagnia</b>	Vedi "Società".
<b>Condizioni di Assicurazione (o di polizza)</b>	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
<b>Conflitto di interessi</b>	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello degli Assicurati.
<b>Contraente</b>	Banca Popolare di Vicenza S.c.p.A, che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva a favore dei propri clienti
<b>Costi (o spese)</b>	Oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
<b>Decorrenza del contratto</b>	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
<b>Detraibilità fiscale (del premio versato)</b>	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
<b>Dichiarazioni precontrattuali</b>	Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
<b>Diritto proprio Beneficiario)</b>	<b>(del</b> Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
<b>Durata contrattuale</b>	Periodo durante il quale il contratto è efficace.

<b>Esclusioni/Limitazioni</b>	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
<b>Fascicolo informativo</b>	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nota Informativa;</li> <li>- Condizioni di Assicurazione,</li> <li>- Glossario;</li> <li>- Modulo di proposta.</li> </ul>
<b>Garanzia assicurativa</b>	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.
<b>Imposta sostitutiva</b>	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.
<b>Intermediario Collocatore</b>	Banca Popolare di Vicenza s.c.p.a., Via Btg. Framarin, 18 - 36100 Vicenza
<b>ISVAP</b>	Vedi "IVASS".
<b>IVASS:</b>	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".
<b>Liquidazione</b>	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
<b>Nota informativa</b>	Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Compagnia deve consegnare al Contraente e agli Assicurati prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.
<b>Perfezionamento del Contratto</b>	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
<b>Periodo di copertura (o di efficacia)</b>	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
<b>Premio unico</b>	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto
<b>Prescrizione</b>	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.
<b>Prestazione assicurativa</b>	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
<b>Recesso (o ripensamento)</b>	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
<b>Ricorrenza annuale</b>	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
<b>Scadenza</b>	Data in cui cessano gli effetti del contratto.

<b>Sinistro</b>	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.
<b>Società (di assicurazione)</b>	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
<b>Sostituto d'imposta</b>	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.



**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO**

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

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

**Il Contraente**  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_

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)

\_\_\_\_\_

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

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

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

**Diritto di recesso 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.

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 e firma leggibile)

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FAAC - SIMILE

## **INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA**

**Il presente documento è valido a decorrere dal 1° settembre 2013 e costituisce parte integrante al Fascicolo Informativo/Prospetto d'offerta**

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013 sulle "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 sta provvedendo a predisporre 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 che saranno pubblicate, a far data dal 1° novembre 2013, nella home page del sito internet della Compagnia.