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

CPI Mutui Light

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 31/05/2015

NOTA INFORMATIVA

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

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

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

A – INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

1. Informazioni generali

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2014 ammonta a 69 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 2014 risulta pari a 1,1 volte.

B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

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

La Convenzione Collettiva offre 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)
72,00%

6. Regime fiscale

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

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

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

D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

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

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 o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Berica Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0458372343 – E-mail reclami@bericavita.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma – Telefono 06/421331 – Fax 06-42133745 o 06-42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

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

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

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

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

14. Comunicazioni dell'Assicurato alla Compagnia

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

15. Informativa in corso di contratto

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

16. Conflitto di interessi

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

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

Il Rappresentante Legale
Carlo Barbera

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Art. 1 – Oggetto.
Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio unico, con la quale la Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa 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.
Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

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

recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 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.

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

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

Dove:

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

B) HA DIRITTO, QUANDO L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di 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% = 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, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
c) di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

Durata della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
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

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
72,00%

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

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

Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma. La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, comprensiva dell'apposito modulo di denuncia, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, inviata dagli Aventi 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

Adeguata verifica della clientela

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

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

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

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

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

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

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

Assicurato

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

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Capitale in caso di decesso

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

Carenza

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

Compagnia

Vedi "Società".

Condizioni di Assicurazione (o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

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

Contraente

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

Costi (o spese)

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

Decorrenza del contratto

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

Detraibilità fiscale (del premio

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie

versato)	assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Fascicolo informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: – Nota Informativa; – Condizioni di Assicurazione, – Glossario; – Modulo di proposta.
Garanzia assicurativa	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.
Intermediario Collocatore	Banca Popolare di Vicenza s.c.p.a., Via Btg. Framarin, 18 - 36100 Vicenza
ISVAP	Vedi "IVASS".
IVASS:	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Compagnia deve consegnare al Contraente e agli Assicurati prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.
Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Premio unico	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Prestazione assicurativa	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

BERICA VITA

Modulo di proposta
per prodotto assicurativo ad adesione denominato
CPI Mutui Light

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

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Proposta

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

Luogo e data _____

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

Il Contraente
(Timbro e firma)
_____

FAC - SIMILE

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Polizza

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)

_____

FACSIMILE

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Polizza

MODALITA' DI PAGAMENTO

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

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

FAC - SIMILE