

INFORMATIVA PRIVACY

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

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

I - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI

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

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

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

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

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

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

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

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

III - MODALITÀ D'USO E CIRCOLAZIONE DEI DATI

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

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

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

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

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

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

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

IV - DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

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

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

I - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI

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

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

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

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

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

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

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

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

III - MODALITA' D'USO DEI DATI

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

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

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

IV - DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

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

FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A PROTEZIONE DEL FINANZIAMENTO

PROTEZIONE MUTUI STOCK Linea Privati

Convenzione Collettiva Numero: **17000130000009**

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, 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/Aderente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

Per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero l'Assicurazione ha durata pari ai 10 anni successivi alla data di sottoscrizione dell'adesione e cessa alla scadenza di tale termine.

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

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

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta del contratto da parte della Banca Contraente deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Convenzione Collettiva. In caso di disdetta, per le operazioni precedentemente assicurate e per ciascun Assicurato, la garanzia prestata resterà comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte

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

PACCHETTO A Danni	Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia , qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>) Disoccupazione , qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>) Ricovero Ospedaliero , qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>)
------------------------------	---

PACCHETTO B Danni & Vita	Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia , qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>) Disoccupazione , qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>) Ricovero Ospedaliero , qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>)
---	---

	Decesso (<i>rimborso del debito residuo</i>)
--	---

PACCHETTO C Vita	Decesso (<i>rimborso del debito residuo</i>)
-----------------------------	---

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

Le garanzie Vita sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo e si intendono operanti qualora sia stato sottoscritto dall'Assicurato, nel Modulo di Adesione il relativo Pacchetto B o C di cui sopra, secondo le modalità previste dalle relative Condizioni di Assicurazione.

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:

- liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Morte;
- 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 vita e danni 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 assicurato e all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della copertura assicurativa.

Il pagamento del premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca affinché effettui sul conto

corrente dell'Assicurato un addebito in un'unica soluzione per tutta la durata residua 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

7.2 Costi gravanti sul premio

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

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

Costi di acquisizione, gestione ed incasso	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi)
40%	87,5%

(*) Il tasso di premio è unico ed è espresso in % del capitale assicurato del Finanziamento.

Tabella esemplificativa dei premi (considerando l'acquisto del solo Pacchetto A – Garanzie Danni):

Capitale Assicurato	€ 100.000,00
Sesso dell'Assicurato	Qualunque
Età dell'Assicurato	35
Durata della copertura (mesi)	120 mesi (10 anni)
Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 923,00
Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 900,49
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 360,20
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 315,17

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).

Prevvia 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 Copertura	06/09/2010
Data Scadenza Copertura	06/09/2020
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in mesi	120
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	94
Spese di Rimborso	€ 25,00

$$R = € 1000 * 94/120 - € 25,00$$

$$R = € 758,33$$

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. nei tempi di cui sopra, unitamente alla documentazione richiesta.

(*) **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 Condizioni di Assicurazione:

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

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

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

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

Infine, qualora alla scadenza del Periodo di Assicurazione perduri un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego, nulla sarà più dovuto dalla Società

all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione per il periodo successivo alla suddetta scadenza, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un Indennizzo prima della scadenza e la data della scadenza stessa.

12. Reclami

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

ABC Assicura S.p.A.

- Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa

- Servizio Reclami di Gruppo -

Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 045.83.72.336

E-mail: reclami@abcassicura.it

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all' IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133206, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. Il reclamo all' IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

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

Il sistema competente è individuabile accedendo al sito Internet:

http://ec.europa.eu/internal_market/finances-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
(Dott. Carlo Barbera)



GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato: Ciascuna delle persone fisiche in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto di finanziamento con la Banca Contraente, sia correntista della medesima e abbia 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 abbiano 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 garantito da ipoteca tra la Banca Contraente e l'Assicurato, con il quale la Banca Contraente ha già precedentemente concesso all'Assicurato 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 sottoscritto il Modulo di Adesione, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale.

Decorrenza:

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

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.

Modulo di Adesione:

La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato per aderire alla Polizza Convenzione collettiva.

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.

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.

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

Periodo di Carenza:

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

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

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

Periodo di Riqualficazione: 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 secondo il 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.

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 A Danni	Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia, qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>) Disoccupazione, qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>) Ricovero Ospedaliero, qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>)
------------------------------	---

PACCHETTO B Danni & vita	Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia, qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>) Disoccupazione, qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>) Ricovero Ospedaliero, qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore (<i>copertura massima di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi in totale</i>)
	Decesso (<i>rimborso del debito residuo</i>)

PACCHETTO C Vita	Decesso (<i>rimborso del debito residuo</i>)
-----------------------------	---

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

Le garanzie Vita sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo e si intendono operanti qualora sia stato sottoscritto dall'Assicurato, nel Modulo di Adesione il relativo Pacchetto B o C di cui sopra, secondo le modalità previste dalle relative Condizioni di Assicurazione.

ART. 2 – REQUISITI DI ASSICURABILITA'

2.1. È assicurabile la persona fisica che:

1. abbia sottoscritto il Contratto 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)
5. sia in grado di sottoscrivere la "Dichiarazione di Buona Salute", in caso di scelta del "Pacchetto B e C".

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

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

2.3. È assicurabile il contratto di mutuo che abbia le seguenti caratteristiche:

1. la Data di Inizio del Mutuo deve essere antecedente minimo 2 mesi e massimo 120 mesi (10 anni);
2. la Durata Residua del Mutuo deve essere maggiore/uguale di 120 mesi (10 anni) e non superiore ai 360 mesi (30 anni)
3. il Debito Residuo dovrà essere compreso:
 - tra i € 25.000,00 e € 200.000,00 per i Mutui accesi fino ai 5 anni antecedenti la data di sottoscrizione dell'Adesione
 - tra i € 25.000,00 e € 150.000,00 per i Mutui accesi tra i 5 e i 10 anni antecedenti la data di sottoscrizione dell'Adesione

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 a 10 anni dalla Data Iniziale e cessa

alla scadenza di tale termine, anche se la durata residua del Mutuo dovesse essere superiore.

Per le garanzie Morte l'Assicurazione ha durata pari alla durata residua del contratto di Mutuo, con un minimo di 5 anni e fino ad un massimo di 30 anni, inclusiva dell'eventuale periodo di preammortamento (Cfr Fascicolo Informativo Vita).

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

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.

In caso di anticipata estinzione 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).

Prevvia 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 Copertura	06/09/2010
Data Scadenza Copertura	06/09/2020
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in mesi	120
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	94
Spese di Rimborso	€ 25,00

$$R = € 1000 * 94/120 - € 25,00$$

$$R = € 758,33$$

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:

- liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Morte;
- 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 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 Copertura	06/09/2010
Data Scadenza Copertura	06/09/2020
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in mesi	120
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	94

$$R = € 1000 * 94/120$$

$$R = € 783,33$$

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 assicurato e all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della copertura assicurativa.

Durata della copertura (mesi)	Fasce d'età			
	18 - 30	31 - 40	41- 50	51 - 60
120	0,9344%	0,9230%	0,8922%	1,1699%

Il pagamento del premio verrà corrisposto alla Società medesima dall' Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca affinché effettui sul conto corrente dell'Assicurato un addebito in un'unica soluzione per tutta la durata residua 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

ART. 10 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

Costi di acquisizione, gestione ed incasso	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi)
40%	87,5%

(*) Il tasso di premio è unico ed è espresso in % del capitale assicurato del Finanziamento.

Tabella esemplificativa dei premi (considerando l'acquisto del solo Pacchetto A – Garanzie Danni):

Capitale Assicurato	€ 100.000,00
Sesso dell'Assicurato	Qualunque
Età dell'Assicurato	35
Durata della copertura (mesi)	120 mesi (10 anni)
Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 923,00
Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 900,49

Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 360,20
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 315,17

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 sopra, unitamente alla documentazione richiesta.

(*) **Abc Assicura S.p.A.**
c/o CNP ASSURANCES SA
Ufficio Sinistri
Via Albricci, 7

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.

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

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

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

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

Art. 14 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario collocatore si impegna a:

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Modulo di Adesione all'Assicurato;
- fornire alle Compagnie i dati anagrafici e fiscali dell'Assicurato;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali predisposta e resa disponibile da ABC Assicura SpA.
- 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 +39.045.8391920
- **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

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/finances-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.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo della Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 60 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea (Periodo di Franchigia Assoluta); gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.

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

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

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

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

1. l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione.;
2. l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia temporaneamente nella totale incapacità fisica di attendere alla Normale Attività Lavorativa;
3. il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di **30 giorni** (solo per il caso di Inabilità Totale Temporanea da malattia) 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 30 giorni (solo per il caso di Inabilità Totale Temporanea da malattia), nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 30 – CONTROVERSIE

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

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

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

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

Sezione B
ASSICURAZIONE 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 Perdita di Impiego (Periodo di Franchigia Assoluta); gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali di importo pari alla Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego.

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

L'Indennizzo massimo mensile previsto 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;
 - la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data di scadenza del seguente Periodo di Carenza di **90 giorni**
2. 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 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di Perdita di Impiego se non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

Sezione C
ASSICURAZIONE 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.

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 **30 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 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero 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. 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
FASCICOLO INFORMATIVO – PRODOTTO ASSICURATIVO VITA

PROTEZIONE MUTUI STOCK

Linea Privati

CONVENZIONE COLLETTIVA N. 5300000

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



NOTA INFORMATIVA

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

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

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

A – INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

1. Informazioni generali

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

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

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

B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

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

La Convenzione Collettiva offre differenti garanzie in funzione del “Pacchetto”, di cui alla seguente tabella, scelto dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del modulo di adesione.

PACCHETTO	GARANZIE
A – Garanzie danni	– Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o da Malattia – Disoccupazione – Ricovero Ospedaliero
B – Garanzie danni e vita	– Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o da Malattia – Disoccupazione – Ricovero Ospedaliero – Morte
C – Garanzie vita	– Morte

Le garanzie (prestazioni assicurative) vita di cui al “Pacchetto” B o C sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo.

Le garanzie (coperture assicurative) danni sono invece disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo e si intendono operanti qualora sia stato sottoscritto dall'Assicurato nel Modulo di Adesione il

relativo "Pacchetto" A o B di cui sopra secondo le modalità previste dalle relative Condizioni di Assicurazione.

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

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva corrisponde alla durata residua del Contratto di Mutuo, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata pari a quella del Mutuo, con una durata minima di 60 mesi fino ad una durata massima di 360 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura per il caso morte non superiore a 75 anni.

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

Il contratto prevede la seguente prestazione assicurativa:

Prestazione in caso di decesso: la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato. Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

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

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

4. Premi

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

Il premio unico, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale finanziato e all'età dell'Assicurato.

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

La Società conferisce 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.

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

Età dell'Assicurato all'inizio della copertura assicurativa	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)
Compresa tra 18 e 30 anni	45,00% del premio	77,78%	700,02 Euro (*)
Compresa tra 31 e 40 anni	45,00% del premio	77,78%	1106,03 Euro (*)
Compresa tra 41 e 50 anni	45,00% del premio	77,78%	2258,14 Euro (*)
Compresa tra 51 e 60 anni	45,00% del premio	77,78%	3850,11 Euro (*)

(*)La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di 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.

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

Tabella A

Età dell'Assicurato all'inizio della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
Compresa tra 18 e 60 anni	45,00% del premio

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)
77,95%

6. Regime fiscale

Imposta sui premi

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

Detraibilità fiscale dei premi

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

Tassazione delle somme assicurate

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

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

D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del contratto

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

8. Riscatto e riduzione

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

9. Diritto di recesso

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

12. Lingua

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

13. Reclami

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

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

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

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

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/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 si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

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 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 mediante la sottoscrizione della dichiarazione di buon 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 buon 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€, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.

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

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

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

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

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene, sempre che sia stato pagato il premio, dalle ore 24:00 della data in cui l'Assicurato stesso ha sottoscritto il Modulo di Adesione. Qualora il premio unico non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.

Art. 3 – Diritto di recesso.

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

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

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

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

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

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

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 all'età dell'Assicurato.

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 = 1.000,00 Euro

H = 45,00%

N = 240 mesi

K = 60 mesi

J = 3%

Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: $1.000,00 * (1-45,00\%) * [(240-60)/240] * [1-(1+3\%/12)^{-(240-60)}] / [1-(1+3\%/12)^{-240}] = 331,27$ Euro

Rimborso dei costi: $1.000,00 * 45,00\% * [(240-60)/240] = 337,50$ Euro

Importo del premio da rimborsare = $331,27 + 337,50 - 25 = 643,77$ Euro

Esempio n°2

PVita = 1.000,00 Euro

H = 45,00%

N = 240 mesi

K = 120 mesi

J = 3%

Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: $1.000,00 * (1-45,00\%) * [(240-120)/240] * [1-(1+3\%/12)^{-(240-120)}] / [1-(1+3\%/12)^{-240}] = 157,95$ Euro

Rimborso dei costi: $1.000,00 \times 45,00\% \times [(240-120)/240] = 225,00$ Euro
Importo del premio da rimborsare = $157,95 + 225,00 - 25 = 357,95$ 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 lui note rilevanti per la determinazione del rischio.

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

A) HA DIRITTO, QUANDO L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto, informandone il Contraente, dichiarando all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere il premio.

B) HA DIRITTO, QUANDO L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 6 – Capitale assicurato.

Il capitale assicurato è determinato sulla base di un Contratto di Mutuo stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo o alla quota parte del debito residuo quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato.

Per i contratti di mutuo accessi fino ai 5 anni antecedenti la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte del singolo Assicurato, il debito residuo dovrà essere compreso tra € 25.000 e € 200.000. Per i contratti di mutuo accessi tra il 5° anno e fino al 10° anno antecedente la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte del singolo Assicurato, il debito residuo dovrà essere compreso tra € 25.000 e € 150.000.

Il Mutuo si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

Ai fini della determinazione del capitale assicurato, il debito residuo quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento, sarà:

- dedotto delle rate insolte risultanti alla data del decesso dell'Assicurato, degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e delle spese e/o delle eventuali commissioni accessorie;
- maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima scadenza delle rate fino al momento del decesso dell'Assicurato.

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 200.000,00€, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.

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

A. ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia Rischio morte solo il decesso causato da:

- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- malattie tropicali o epidemiche;

- etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) tranne che il decesso non avvenga dopo il 5° anno;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- guerra, anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
- dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- pratica da parte dell'Assicurato di sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi (ad esempio, sport da combattimento, immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante, speleologia; salto dal trampolino; sci o idrosci; bob; rugby, football americano, ecc);
- 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 IN CASO DI MORTE DOVUTA A MALATTIA

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 90 giorni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto a Malattia, il capitale assicurato non sarà pagato.

Art. 8 – Cessazione della garanzia per il caso di morte:

Tale garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00:

- della data di scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo. In caso di contestazione l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti per tutti i cointestatari assicurati;
- 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 contestazione la copertura assicurativa rimane in vigore per gli assicurati sino alla scadenza originariamente convenuta;
- della ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di vita;
- 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 gravanti sul premio

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

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

Tabella A

Età dell'Assicurato all'inizio della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
Compresa tra 18 e 60 anni	45,00% del premio

Art. 9.1.2 – 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)
77,95%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- abbiano stipulato un Contratto di Mutuo con la Banca Contraente, con durata residua non inferiore a 120 mesi (60 mesi in caso di scelta del solo pacchetto C) e non superiore a 360 mesi; la Data di Inizio del Mutuo originariamente stipulato dall'Assicurato non deve essere antecedente di 10 anni;
- abbiano un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, non inferiore a 18 anni, né superiore a 60 anni non compiuti;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- godano di buona salute, ovvero non siano affette da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- abbiano sottoscritto la Dichiarazione di Buono stato di Salute.

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

Le rate del mutuo precedenti alla sottoscrizione dell'assicurazione devono risultare regolarmente pagate.

Nel caso in cui il Contratto di Mutuo sia sottoscritto congiuntamente da più persone, fino a un massimo di due, si considera assicurata ciascuna delle persone fisiche indicate nel Modulo di Adesione per una quota pari al 50% dell'importo finanziato, a condizione che sussistano per ognuna di esse i requisiti di assicurabilità sopra elencati.

Resta inteso che in tal caso potrà essere assicurato alternativamente solo un cointestatario del Contratto di Mutuo oppure entrambi i cointestatari.

Art. 11 – Durata.

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva corrisponde alla durata residua del Contratto di Mutuo, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al precedente Art. 8.

Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata pari a quella del Mutuo, con una durata minima di 60 mesi fino ad una durata massima di 360 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura per il caso morte non superiore a 75 anni.

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 si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

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;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- richiesta di liquidazione dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- 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.
- una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo alla data del decesso, dovuto a fronte del Contratto di mutuo. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolte o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie.

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

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

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: 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 Finanziamento.

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

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni

In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiari sono gli eredi dell'Assicurato stesso.

L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoke o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Art. 15 – Imposte e tasse.

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico dei Beneficiari.

Art. 16 – Foro competente.

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

Art. 17 – Prescrizione.

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

Art. 18 – Legge applicabile al contratto.

Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

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

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

Anno assicurativo: Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice: Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.

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

Compagnia/Società

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

Sede Legale: Via Battaglione Framarin, 18 – 36100 Vicenza – Italia;

Condizioni di Assicurazione (o di polizza): Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi: Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del Contraente.

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

Contratto: Il Contratto con il quale il Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata di importo massimo pari a Euro 200.000,00, che dovrà essere restituita al Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, e in relazione al quale la Società concede l'Assicurazione di cui al presente contratto di assicurazione.

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

Detraibilità fiscale (del premio versato): Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.

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

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

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

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

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

Imposta sostitutiva: Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel **reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi**.

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

ISVAP: Vedi "IVASS".

IVASS: L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".

Liquidazione: Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Modulo di Adesione: Il modulo sottoscritto dall'Assicurato contestualmente alla stipulazione del Contratto e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

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

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

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

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

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

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

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

Sostituto d'imposta: Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA: DELLA NOTA INFORMATIVA, DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E DEL GLOSSARIO.

Il Contraente

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

AVVERTENZE

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.

Diritto di recesso. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante 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 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

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.

Luogo e data _____

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

Il Contraente

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA

Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante al Fascicolo Informativo/Prospetto d'offerta

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

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

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