

Protezione mutuo impresa



Messaggio pubblicitario con finalità promozionali. Prima della sottoscrizione leggere attentamente il fascicolo informativo disponibile presso tutti gli sportelli della Banca. E un prodotto ABC Assicurazioni S.p.A. e Berca Vita S.p.A., distribuito dal Gruppo Banca Popolare di Vicenza, ABC Assicurazioni S.p.A. e Berca Vita S.p.A., sono Compagnie del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

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 MUTUO IMPRESA

Convenzione Collettiva Numero: **17000130000106**

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.

le singole coperture assicurative hanno durata pari:

- **Per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia e Malattia Grave:** l'Assicurazione ha durata pari ai primi 120 mesi di durata/durata residua del Contratto di Mutuo successivi alla Data Iniziale e cessa alla scadenza di tale termine. Per i contratti di Mutuo di durata/durata residua inferiore ai 120 mesi l'Assicurazione ha durata pari alla durata del Mutuo con un minimo di 60 mesi.
- **Per le garanzie Morte e Invalidità Totale Permanente da Infortunio** l'Assicurazione ha durata pari alla durata/durata residua del Mutuo con un minimo di 60 mesi fino ad un massimo di 360 mesi, e cessa alla scadenza di tale termine.

In ogni caso la durata non potrà essere inferiore ai 60 mesi o superiore ai 360 mesi.
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 Polizza. 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 delle Condizioni di Assicurazione a corrispondere un Indennizzo nei casi sotto indicati, diversi a seconda del "Pacchetto" di garanzie scelto in fase di sottoscrizione:

| | |
|-----------------------|---|
| PACCHETTO A | Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) |
| Garanzie Danni | Malattia Grave (MG) |

| | |
|--------------------|---|
| PACCHETTO B | Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) |
|--------------------|---|

| | |
|---|---|
| Garanzie Danni + Garanzie Vita | Malattia Grave (MG) Decesso Invalidità Totale Permanente da Infortunio (ITP) |
|---|---|

| | |
|---|---|
| PACCHETTO C Garanzie Vita | Decesso Invalidità Totale Permanente da Infortunio (ITP) |
|---|---|

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 ;**
- **Malattia Grave (MG) – Art. 33;**
- **Decesso - Cfr Fascicolo Informativo Vita**
- **Invalidità Totale Permanente (ITP) - Cfr Fascicolo Informativo Vita**

4.3 AVVERTENZA - Franchigie Scoperti e Massimali

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

- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione ;**
- **Malattia Grave (MG) – Art. 31 delle Condizioni di Assicurazione;**
- **Decesso - Confronta Fascicolo Informativo Vita;**
- **Invalidità Totale Permanente (ITP) - 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 – 20/11/2011
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg; € 00,00

2° caso

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

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

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o 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 viene liquidato, in base all'Assicurazione, l'Indennizzo previsto per il caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio dell'Assicurato.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

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

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

7. Premio

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

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

Il premio verrà corrisposto alla Società dall'Impresa Aderente la quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca affinché effettui l'incasso del premio con una delle seguenti modalità alternative:

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

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

Lo sconto applicato è compreso tra l'1,26% (durata 60 mesi) e il 5,22% (120 mesi).

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Aderente:

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

7.2 Costi gravanti sul premio

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

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

| Costi di acquisizione, gestione ed incasso | Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) |
|--|--|
| 40,00% | 87,50% |

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

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

| | |
|--|--------------------|
| Capitale Richiesto iniziale | € 100.000,00 |
| Capitale Finanziato | € 101.967,98 |
| Età e sesso del'Assicurato | Qualunque |
| Durata della copertura (mesi) | 120 mesi (10 anni) |
| Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura | € 1967,98 |
| Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura | € 1919,98 |
| Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto) | € 768,00 |
| Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto) | € 672,00 |

7.3 AVVERTENZA - Rimborso del Premio per estinzione anticipata del Mutuo

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo, la Compagnia restituisce all'Aderente 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).

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

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

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

MR = mesi residui di copertura

D = durata totale (in mesi) del Mutuo

Sp = spese di rimborso

Esempio:

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

$$R = € 1000 * 34/60 - € 25,00$$

$$R = € 541,67$$

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta dell'Aderente 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. 8.1, 8.2, 8.3

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 "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED" e

– "FINANCIAL ASSURANCE COMPANY LIMITED" –

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

Numero Verde Telefonico 800.394346

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

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un indennizzo e qualora il sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del sinistro e inoltrarlo alla Società non oltre il 60 esimo 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 Generali di Assicurazione:

- ***In caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) Art. 13 CGA***
- ***In caso di Malattia Grave (MG): Art. 13 CGA.***

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

12. Reclami

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

ABC Assicura S.p.A.

- Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa

- Servizio Reclami di Gruppo -

Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 045.83.72.336

E-mail: reclami@abcassicura.it

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

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

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

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

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

13. AVVERTENZA - Arbitrato

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

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

Malattia Grave (MG) - Art. 35 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:

Aderente/Impresa

Soggetto che ha stipulato il contratto di Mutuo con la Banca Contraente e che firma la Dichiarazione di adesione e paga il Premio.

Assicurato

La persona fisica (di seguito denominata anche "Persona chiave"), designata dall'Impresa/Aderente ed indicata nella Dichiarazione di Adesione, che ricopre il ruolo di Socio, Proprietario, Amministratore Delegato, Direttore Generale o Direttore Commerciale dell'Impresa in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto di assicurazione.

Il soggetto assicurato deve aver sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e deve presentare i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 2 del presente contratto di assicurazione.

Rientrano nella presente definizione anche le persone fisiche che risultano, alla data del 31/12/2010 essere già assicurate con analoga polizza "Protezione Mutuo Impresa" di Cariprato S.p.A, in scadenza in tale data e senza rinnovo.

Rientrano nella presente definizione di "Assicurato" anche le persone fisiche appartenenti alle dodici Filiali di Banca Nuova S.p.A oggetto di fusione per incorporazione in Banca Popolare di Vicenza S.c.p.a. a far data dal 28/02/2011, che risultano già assicurate con analoga Polizza "PROTEZIONE MUTUI IMPRESA" di Banca Nuova S.p.A.

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

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

Contraente: 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'Aderente, con il quale la Banca Contraente concede in prestito o ha già precedentemente concesso all'Aderente una somma determinata.

Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento IVASS n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Compagnia il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Data Iniziale

- a) Nel caso di contratto relativo a Mutuo a concedersi dalle ore 24.00 del giorno in cui è erogata a favore dell'Aderente la somma oggetto del Contratto, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio e risulti sottoscritta la Dichiarazione di Adesione.
- b) Nel caso di contratto relativo a Mutuo già in precedenza concesso ed erogato: le ore

24.00 del giorno in cui è sottoscritta la Dichiarazione di Adesione, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio

Decorrenza:

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

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.

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

Malattia Grave:

I casi di Tumore, Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un Trapianto d'Organo, come da specifiche definizioni inserite nella Sezione "D2" della presente assicurazione.

Modulo di Adesione:

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

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

Periodo di Carenza:

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

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

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

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

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

Rata Protetta:

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

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

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

CONDIZIONI 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 in fase di sottoscrizione:

| | |
|---|--|
| PACCHETTO A (Garanzie Danni) | Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) Malattia Grave (MG) |
| PACCHETTO B Garanzie Danni + Garanzie Vita | Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) Malattia Grave (MG) Decesso Invalidità Totale Permanente da Infortunio (ITP) |
| PACCHETTO C Garanzie Vita | Decesso Invalidità Totale Permanente da Infortunio (ITP) |

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 – PERSONE ASSICURABILI

2.1. È assicurabile la persona fisica che:

- ricopra all'interno dell'impresa sottoscrittrice del Contratto di Mutuo uno dei seguenti ruoli: proprietario, amministratore delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale; e che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
- goda di buona salute, e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- sia di età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti, fermo restando che l'età massima ai fini dell'efficacia dell'Assicurazione è di 70 anni.

- abbia sottoscritto la Dichiarazione di adesione contenente la “Dichiarazione sullo stato di salute dell’Assicurato” e il consenso ai sensi dell’art. 1919 c.c. , in caso di scelta del Pacchetto B e C.

2.2. Nel caso di Impresa con più persone chiave assicurabili viene data la possibilità di scegliere fra le seguenti opzioni:

- Assicurare uno solo soggetto, che sottoscriverà la Dichiarazione di Adesione, per l’intero importo del Mutuo;
- Assicurare ciascuna delle persone chiave (fino ad un massimo di 3) identificate dall’impresa sottoscrittrice del contratto di Mutuo, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di Assicurabilità. Dovrà essere sottoscritta una Dichiarazione di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pro quota la cui somma copre l’intero importo del Mutuo.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Malattia Grave il Beneficiario delle prestazioni è l’Impresa Aderente con il consenso scritto dell’Assicurato.

Art. 4- DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

Le singole coperture assicurative hanno durata pari:

- **Per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia e Malattia Grave:** l’Assicurazione ha durata pari ai primi 120 mesi di durata/durata residua del Contratto di Mutuo successivi alla Data Iniziale e cessa alla scadenza di tale termine. Per i contratti di Mutuo di durata/durata residua inferiore ai 120 mesi l’Assicurazione ha durata pari alla durata del Mutuo con un minimo di 60 mesi.
- **Per le garanzie Morte e Invalidità Totale Permanente da Infortunio** l’Assicurazione ha durata pari alla durata/durata residua del Mutuo con un minimo di 60 mesi fino ad un massimo di 360 mesi, e cessa alla scadenza di tale termine.

In ogni caso la durata non potrà essere inferiore ai 60 mesi o superiore ai 360 mesi.

Il Contratto ha durata Poliennale e sulla base di quanto previsto dall’Art. 1899 del CC, allo stesso è stato applicato uno sconto così come indicato nel successivo art.. 9 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA.

A fronte dell’applicazione del suddetto sconto l’Assicurato, salvo il diritto di ripensamento di cui all’Art 8, 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 all’Aderente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, limitatamente al caso di Pagamento del premio assicurativo in un’unica soluzione.

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

Metodo di Rimborso su base Mensile

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

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

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

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

MR = mesi residui di copertura

D = durata totale (in mesi) del Mutuo

Sp = Spese di Rimborso

Esempio:

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

$$R = €1000 * 34/60 - € 25,00$$

$$R = € 541,67$$

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta dell'Aderente 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 la liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio dell'Assicurato.

Art. 7 - MODIFICA DELLA PERSONA CHIAVE

In caso di modifica della persona chiave, che comporti la risoluzione del rapporto di lavoro tra l'Impresa sottoscrittrice del Mutuo e l'Assicurato, la copertura assicurativa termina alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica l'evento con restituzione della parte di premio pagato e non goduto all'Impresa Aderente, al netto delle imposte.

ART. 8 – DIRITTO DI RIPENSAMENTO (RECESSO)

8.1 – 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.**

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

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

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

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

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

8.3 – 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 Mutuo

Esempio:

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

$$R = €1000 * 34/60$$

$$R = € 566,67$$

ART. 9 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA

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

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

| Durata del Mutuo (mesi) | Tasso Mensile di Premio Lordo |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 60 - 120 mesi | 0,0161% |

Il premio verrà corrisposto alla Società dall'Impresa Aderente la quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca affinché effettui l'incasso del premio con una delle seguenti modalità alternative:

- 1. sul conto corrente dell'Assicurato, un addebito in un'unica soluzione per tutta la durata/durata residua del finanziamento*

2. la trattenuta dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del mutuo, del premio unico anticipato dovuto per tutta la durata/durata residua del finanziamento.

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

Lo sconto applicato è compreso tra l'1,26% (durata 60 mesi) e il 5,22% (120 mesi).

Art. 10 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Aderente:

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

ART. 11 – 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) |
|---|---|
| 40,00% | 87,50% |

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

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

| | |
|--|--------------------|
| Capitale Richiesto iniziale | € 100.000,00 |
| Capitale Finanziato | € 101.967,98 |
| Età e sesso dell'Assicurato | Qualunque |
| Durata della copertura (mesi) | 120 mesi (10 anni) |
| Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura | € 1967,98 |
| Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura | € 1919,98 |
| Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto) | € 768,00 |
| Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto) | € 672,00 |

ART. 12 - REGIME FISCALE

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

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

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

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

(*) ABC Assicura S.p.A

c/o "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED" e
– "FINANCIAL ASSURANCE COMPANY LIMITED" –
Servizio Sinistri, via San Gregorio n. 34 – 20124 Milano,
Numero Verde Telefonico **800.394346**

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

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea o Malattia Grave 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 di cui al precedente punto e inoltrarlo alla Compagnia nei tempi di cui sopra.

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 Malattia Grave (MG):

Ai fini del pagamento dell'Indennizzo l'Assicurato o i suoi familiari od eredi devono allegare al modulo di denuncia di Sinistro i seguenti documenti:

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

L'Assicurato, i suoi familiari od eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte, i suoi familiari od eredi, devono

consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

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

Resta inteso che nessun indennizzo sarà dovuto dalla Società in base al presente contratto di assicurazione per Sinistri che si verificano oltre la scadenza del periodo di assicurazione.

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

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

Art. 14 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario collocatore si impegna a:

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

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 e Malattia Grave 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 37136 Verona
Fax +39.045.83.91.920
- **BANCA POPOLARE DI VICENZA:**
Via Bgt. Framarin, 18, CAP 36100 Vicenza
Fax +39.0444.339676

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

ART. 22 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione.

ART. 23 – RECLAMI

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

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

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

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

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

Il sistema competente è individuabile accedendo al sito Internet:

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

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

Art. 24 - FORO COMPETENTE

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

ART. 25 – ALLEGATI

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A ASSICURAZIONE INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

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

- 26.1 L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni.
- 26.2 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.
- 26.3 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.
- 26.4 L'Indennizzo massimo mensile previsto per l'Assicurato è di Euro 2.000,00, Tale massimale si applica cumulativamente, con riferimento allo stesso Assicurato, in relazione a tutti i Contratti che l'Impresa/Aderente abbia stipulato. Pertanto, anche nel caso in cui l'Impresa/Aderente abbia designato lo stesso Assicurato per più Contratti, l'importo dell'indennizzo massimo mensile non potrà superare Euro 2.000,00

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

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

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

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

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

- i. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ii. malattie tropicali o epidemiche;
- iii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;

- iv. stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- v. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- vi. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- vii. interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- viii. effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
- ix. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
- x. connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- xi. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- xii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
- xiii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- xiv. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- xv. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- xvi. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
- xvii. 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
- xviii. Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare

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

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 Malattia Grave e se l'Inabilità Totale Temporanea si verifichi successivamente al pagamento di un Indennizzo per Malattia Grave, qualora l'Inabilità Totale Temporanea sia dovuta alla stessa Malattia che ha causato la Malattia Grave.

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

Il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui l'Inabilità Totale Temporanea sia stata causata da o conseguente a:

- i. 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;
- ii. pratica da parte dell'Assicurato di sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi (ad esempio, sport da combattimento; immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante; speleologia; salto dal trampolino; sci o idrosci; bob; rugby, football americano, ecc.);
- iii. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

ART. 29 – DENUNCE SUCCESSIVE

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

ART. 30 – CONTROVERSIE

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

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

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

Sezione B
ASSICURAZIONE MALATTIA GRAVE

ART. 31 - INDENNIZZO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

- 31.1 Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un Indennizzo pari a 12 Rate Protette, con un massimo di 36 Rate Protette nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.
- 31.2 Si specifica che eventuali Indennizzi già corrisposti per Inabilità Totale Temporanea in relazione al medesimo evento che ha causato la Malattia Grave saranno detratti dall'Indennizzo dovuto per Malattia Grave.
- 31.3 L'Indennizzo massimo mensile previsto per l'Assicurato è di Euro 2.000,00. Tale massimale si applica cumulativamente, con riferimento allo stesso Assicurato, in relazione a tutti i Contratti che l'Impresa/Aderente abbia stipulato. Pertanto, anche nel caso in cui l'Impresa/Aderente abbia designato lo stesso Assicurato per più Contratti, l'importo dell'indennizzo massimo mensile non potrà superare Euro 2.000,00

ART. 32 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

La Società liquiderà al Beneficiario l'Indennizzo di cui al precedente Art. 31, a condizione che:

1. Il Sinistro si sia verificato durante il periodo di vigenza della Assicurazione,;
2. Il Sinistro sia avvenuto successivamente alle ore 24 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 60 giorni;
3. Il Sinistro non rientri in una delle esclusioni di cui al successivo Art. 33;
4. Il Sinistro sia ascrivibile alle Malattie Gravi definite ai punti da 1. a 6 seguenti:

1) Tumore

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

2) Cardiopatía Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare

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

3) Infarto Miocardico

Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:

storia del dolore cardiaco tipico;
comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.

4) Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive

e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

5) Insufficienza renale

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

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

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

ART. 33 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

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

- i. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ii. malattie tropicali o epidemiche;
- iii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- iv. stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- v. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- vi. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- vii. interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- viii. effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
- ix. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
- x. connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- xi. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- xii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
- xiii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- xiv. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- xv. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- xvi. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
- xvii. 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
- xviii. Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare.

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

Nessun Indennizzo per Malattia Grave 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 Inabilità Totale Temporanea.

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

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

- i. interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;
- ii. lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;
- iii. partecipazione dell'Assicurato, alla guida o come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- iv. una patologia che colpisca un apparato già sede in passato di analoga patologia (a solo titolo esemplificativo recidiva di infarto, recidiva di neoplasia, recidiva di ictus);
- v. Cardiopatia a seguito della quale residui una frazione di eiezione (FE) superiore al 40%.

ART. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Malattia Grave o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale periodo di Carenza pari a 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Malattia Grave se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione pari a 180 giorni.

ART. 35 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze 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 ED INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO
A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE

Protezione Mutuo Impresa

CONVENZIONE COLLETTIVA N. 8800000

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.



920 - Ed. aggiornata al 31/05/2014

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE ED INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO 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'Impresa Aderente al momento della sottoscrizione del modulo di adesione.

| PACCHETTO | GARANZIE |
|----------------------------------|---|
| A – Garanzie Danni | – Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia – Malattia Grave |
| B – Garanzie Danni e Vita | – Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia – Malattia Grave – Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio |
| C – Garanzie Vita | – Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio |

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 (Convenzione Danni) e si intendono operanti qualora sia stato sottoscritto dall'Impresa Aderente

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 corrisponde a quella del Contratto di Mutuo, comprensiva dell'eventuale periodo di ammortamento, concesso dall'Ente Erogatore del finanziamento a ciascuna Impresa Aderente che aderirà alla presente polizza collettiva, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata minima di 60 mesi e massima di 360 mesi, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui all'Art. 8 e fermo restando quanto previsto all'art. 10 (Requisiti soggettivi) e art. 11 – (Durata) delle Condizioni di Assicurazione.

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

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) Prestazione in caso di decesso:** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato (cioè colui che insieme all'Impresa Aderente 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;
- b) Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale assicurato in caso di invalidità totale permanente derivante da infortunio dell'Assicurato 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'Impresa Aderente 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 adesione, è determinato in relazione all'ammontare del capitale finanziato, all'età dell'Assicurato e alla durata del contratto di Mutuo sottoscritto dall'Impresa Aderente.

Il premio verrà corrisposto alla Società dall'Impresa Aderente la quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui l'incasso del premio con una delle seguenti modalità alternative:

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

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

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

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

| Pacchetto scelto dall'Assicurato | 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) |
|---|---------------------------------------|--|--|
| Pacchetto B e C | 15,00% del premio | 80,00% | 182,76 Euro (*) |

(*) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio pari a 1.523,00 Euro corrispondente ad un finanziamento di 100.000,00 per una durata di 10 anni.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo, la Compagnia restituisce all'Impresa Aderente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Impresa Aderente, 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

| Pacchetto scelto dall'Assicurato | Costi gravanti sul premio |
|---|----------------------------------|
| Pacchetto B e C | 15,00% 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) |
|--|
| 75,26% |

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 alle singole Imprese Aderenti, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

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

Per la liquidazione delle prestazioni assicurative in contratto, i soggetti aventi diritto sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione indicata all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione comprensiva dell'apposito modulo di denuncia, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, inviandola tramite lo sportello bancario titolare del contratto di Mutuo o mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

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.

In caso di sopravvenuta invalidità totale permanente da infortunio dell'Assicurato, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia stata accertata e riconosciuta (secondo le modalità indicate all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione), entro 30 giorni dalla data di accertamento.

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, 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 ED INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO 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 insieme all'Impresa Aderente ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) o Invalidità Totale Permanente da infortunio dello stesso prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato come definito all'Art. 6.

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

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

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

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

Nel caso di mancata sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute, l'Assicurazione Temporanea in caso di Morte ed invalidità totale e permanente da infortunio 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'Impresa Aderente (cioè l'Impresa che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) si impegna a versare all'Intermediario un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità previste all'Art. 4, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

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

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

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dell'Impresa Aderente all'Assicurazione Collettiva, che avviene, sempre che sia stato pagato il premio, dalle ore 24:00 della data in cui l'Impresa Aderente e l'assicurato stesso hanno 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 alle singole Imprese Aderenti, 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 adesione, è determinato in relazione all'ammontare del capitale finanziato, all'età dell'Assicurato e alla durata del contratto di Mutuo sottoscritto dall'Impresa Aderente.

Il premio verrà corrisposto alla Società dall'Impresa Aderente la quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui l'incasso del premio con una delle seguenti modalità alternative:

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

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

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo, la Compagnia restituisce all'Impresa Aderente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Impresa Aderente, 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 = 15,00%

N = 240 mesi

K = 60 mesi

J = 5%

Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: $1.000,00 * (1-15,00\%) * [(240-60)/240] * [1-(1+5\%/12)^{-(240-60)}] / [1-(1+5\%/12)^{-240}] = 532,02$ Euro

Rimborso dei costi: $1.000,00 * 15,00\% * [(240-60)/240] = 112,50$ Euro

Importo del premio da rimborsare = $532,02 + 112,50 - 25 = 619,52$ Euro

Esempio n°2

PVita = 1.000,00 Euro

H = 15,00%

N = 240 mesi

K = 120 mesi

J = 5%

Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: $1.000,00 * (1-15,00\%) * [(240-120)/240] * [1-(1+5\%/12)^{-(240-120)}] / [1-(1+5\%/12)^{-240}] = 264,44$ Euro

Rimborso dei costi: $1.000,00 * 15,00\% * [(240-120)/240] = 75,00$ Euro

Importo del premio da rimborsare = $264,44 + 75,00 - 25 = 314,44$ Euro

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

Art. 5 – Dichiarazioni dell'Impresa Aderente e/o dell'Assicurato.

L'Impresa Aderente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

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

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

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

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

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Impresa Aderente e/o 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 pari al debito residuo in linea capitale, o quota parte dello stesso nel caso in cui l'Impresa Aderente assicuri più di una persona chiave, quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato o alla data di accertamento dello stato di ITP dello stesso così come calcolato dal Contraente in base alle

condizioni del Contratto, deducendo da tale importo le rate scadute ed eventualmente non pagate alla data del Sinistro e gli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

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 ed Invalidità Totale e Permanente da Infortunio – Esclusioni e limitazioni della garanzia.

Art. 7.1 Rischio Morte - ESCLUSIONI

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

- a) **Malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della Data Iniziale e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;**
- b) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- c) **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- d) **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
- e) **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- f) **suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;**
- g) **infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS), o sindromi o stati assimilabili verificatisi entro i primi 7 anni dall'Adesione;**
- h) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- i) **etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
- j) **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- k) **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
- l) **Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**
- m) **Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;**
- n) **Nessun indennizzo è dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti al successivo Art. 10.**

Art. 7.2 Condizioni di Carenza

Qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto dal Contraente, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi 6 mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

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

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 7 anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo sette anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

Art. 7.3 - Rischio invalidità totale permanente da infortunio – ESCLUSIONI.

Sono esclusi dalla garanzia i casi di ITP dovuti ad infortuni che si siano verificati in conseguenza diretta o indiretta di:

- a) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- b) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) 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 e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- d) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- e) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- g) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;
- h) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- j) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- k) 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.);
- l) effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- m) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- n) connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- o) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- p) Malattie tropicali;
- q) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- r) 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.

Art. 8 – Cessazione della garanzia per il caso di morte e per il caso di invalidità totale permanente da infortunio:

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

- scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo;
- esercizio del diritto di recesso;
- pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
- in caso di estinzione anticipata o di trasferimento (ove l'Impresa Aderente richieda il rimborso del premio residuo) del Mutuo originariamente stipulato.

Ove vi siano più Assicurati, la cessazione per uno di essi dell'Assicurazione non pregiudica la continuazione dell'Assicurazione a favore degli altri Assicurati, con gli stessi limiti di indennizzo specificati ai punti precedenti.

Art. 9 – Costi.

Art. 9.1 – Costi sul premio

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

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

Tabella A

| Pacchetto scelto dall'Assicurato | Costi gravanti sul premio |
|---|----------------------------------|
| Pacchetto B e C | 15,00% del premio |

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

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

* * *

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

Tabella B

| Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi) |
|--|
| 75,26% |

Art. 10 – Requisiti soggettivi.

È assicurabile la persona fisica che:

- ricopra all'interno dell'Impresa Aderente sottoscrittrice del Contratto di Mutuo uno dei seguenti ruoli: Proprietario, Amministratore Delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale;
- goda di buona salute, e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- sia di età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti;
- abbia sottoscritto la Dichiarazione di adesione contenente la "Dichiarazione sullo stato di salute dell'assicurato" in caso di scelta del Pacchetto B e C e il consenso ai sensi dell'art. 1919 c.c.

Per quanto relativo alla durata delle coperture assicurative in caso di Morte e in caso di ITP si rimanda inoltre a quanto previsto dall'Art. 11.

Nel caso di Impresa con più persone chiave assicurabili viene data la possibilità di scegliere fra le seguenti opzioni:

- Assicurare uno solo soggetto, che sottoscriverà la Dichiarazione di adesione, per l'intero importo del Mutuo;
- Assicurare ciascuna delle persone chiave (fino ad un massimo di 3) identificate dall'impresa sottoscrittrice del contratto di Mutuo, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di Assicurabilità. Dovranno essere sottoscritte le Dichiarazioni di adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pro quota la cui somma copre l'intero importo del Mutuo.

Art. 11 – Durata.

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva corrisponde a quella del Contratto di Mutuo, comprensiva dell'eventuale periodo di ammortamento, concesso dall'Ente Erogatore del finanziamento a ciascuna Impresa Aderente, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al precedente Art. 8.

Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata minima di 60 mesi e massima di 360 mesi, fermo restando inoltre che:

- la durata massima relativa alla copertura per il caso morte è pari a 70 anni meno l'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del modulo di adesione;
- la durata massima relativa alla copertura per il caso ITP è pari a 65 anni meno l'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del modulo di adesione.

Ad esempio in caso di Assicurato con età alla data di sottoscrizione del modulo pari a 50 anni, la durata massima per il caso Morte è pari a 20 anni e per il caso ITP è pari a 15 anni.

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

Art. 12 – Conflitto di interessi.

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

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

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

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

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

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

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

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Impresa Aderente:

- richiesta sottoscritta dall'Impresa Aderente.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo:

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

In caso di decesso:

- originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici, o in assenza la dichiarazione di smarrimento, in carta semplice;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- richiesta di liquidazione 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 minorenni 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'Impresa Aderente, 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'Impresa Aderente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, comprensiva dell'apposito modulo di denuncia, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, inviata dal Contraente, l'Impresa Aderente e/o dai Beneficiari al seguente indirizzo: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

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.

In caso di invalidità totale permanente da infortunio:

Entro 60 giorni dal giorno in cui è venuto a conoscenza del verificarsi dell'ITP o è avvenuto il sinistro invalidante, l'Assicurato e/o il Beneficiario devono comunicare alla Compagnia il verificarsi dell'ITP.

La denuncia va accompagnata dai documenti giustificativi dell'ITP dell'Assicurato ed inviata mediante fax al numero 045-8391920 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata al seguente indirizzo: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

La documentazione da fornire comprende:

- originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici, o in assenza la dichiarazione di smarrimento, in carta semplice;
- fotocopia fronte retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;
- nel caso in cui Beneficiario sia soggetto diverso dall'Assicurato, 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 sul quale andrà liquidata la polizza, qualora diverso dal Beneficiario;

- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, resisi necessari per gli infortuni che avrebbero determinato l'ITP;
- certificato medico redatto su apposito modulo fornito dalla Compagnia;
- eventuale certificato attestante l'ITP rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, completo di documentazione presentata per il rilascio;
- ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'ITP.

Entro 6 mesi dal ricevimento di tutta la documentazione completa, la Compagnia si impegna a pronunciarsi sulla sussistenza di un grado di ITP pari o superiore al 66%, sempreché non vi sia disaccordo tra le parti sulla valutazione dell'ITP ed a condizione che la Compagnia abbia a disposizione tutti gli elementi necessari alla valutazione stessa.

Qualora entro il suddetto termine l'ITP risulti in modo definitivo pari o superiore al 66% ovvero qualora l'ITP – ancorché non stabilizzata – risulti pari o superiore al 66% e la Compagnia non preveda il consolidamento per gradi inferiori al 66%, la Compagnia stessa accerta l'ITP.

Qualora, al contrario, l'ITP – non ancora stabilizzata – risulti pari o superiore al 66% ma la Compagnia preveda il consolidamento per gradi inferiori al 66%, la Compagnia si riserva di procedere ad ulteriori accertamenti. A seguito di tali ulteriori verifiche, in caso di consolidamento per gradi superiori al 66%, la Compagnia accerta l'ITP.

In caso di difficoltà di accertamento dell'ITP, la Compagnia potrà svolgere tutte le indagini e potrà sottoporre l'Assicurato alle visite mediche ritenute necessarie ai fini della valutazione dello stato di ITP.

Il Contraente si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione; in particolare il Contraente si impegna a fornire una dichiarazione che indichi l'ammontare del debito residuo alla data di accertamento dello stato di ITP dell'Assicurato, dovuto a fronte del Contratto di Mutuo. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolute o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia stata accertata e riconosciuta l'ITP, entro 30 giorni dalla data di accertamento.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato e/o dei Beneficiari.

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

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.

In caso di morte o di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato il Beneficiario delle prestazioni è l'Impresa Aderente, con il consenso scritto dell'Assicurato. L'Impresa Aderente può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione del Beneficiario precedentemente effettuata.

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

Art. 15 – Imposte e tasse.

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

Art. 16 – Controversie.

Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia insorgano eventuali controversie sul grado di Invalidità Totale Permanente da infortunio, 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.

Art. 17 – 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. 18 – 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. 19 – Legge applicabile al contratto.

Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

| | |
|---|--|
| Anno assicurativo | Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza. |
| Appendice | Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e l'Assicurato. |
| Assicurato | <p>La persona fisica (di seguito denominata anche "Persona chiave"), designata dall'Impresa Aderente ed indicata nel Modulo di Adesione, che ricopre il ruolo di Socio, Proprietario, Amministratore Delegato, Direttore Generale o Direttore Commerciale dell'Impresa in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto di assicurazione.</p> <p>Il soggetto assicurato deve aver sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e deve presentare i requisiti soggettivi di cui all'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.</p> |
| Beneficiario | Persona fisica o giuridica designata in polizza che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato. |
| Capitale in caso di decesso | In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario. |
| Carenza | Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurativa. |
| Compagnia | Vedi "Società". |
| Condizioni di Assicurazione (o di polizza) | Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione. |
| Conflitto di interessi | Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello degli Assicurati. |
| Contraente | Banca Popolare di Vicenza S.c.p.A. , che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva a favore dei propri clienti. |
| Contratto | <p>Il contratto di mutuo garantito da ipoteca tra la Banca Contraente e l'Impresa Aderente, con il quale la Banca Contraente della Convenzione Collettiva concede in prestito o ha già precedentemente concesso all'Aderente una somma determinata.</p> <p>Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento Isvap n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Compagnia il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.</p> |
| Costi (o spese) | Oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia. |
| Decorrenza del contratto | Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito. |
| Detraibilità fiscale (del premio 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.

| | |
|---|---|
| Dichiarazioni precontrattuali | Informazioni fornite dall' Impresa Aderente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se l'Impresa Aderente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente. |
| Diritto proprio Beneficiario) (del | Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato. |
| Durata contrattuale | Periodo durante il quale il contratto è efficace. |
| Esclusioni/Limitazioni | Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione. |
| Età assicurativa | L'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi. |
| Fascicolo informativo | L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none">- Nota Informativa;- Condizioni di Assicurazione,- Glossario;- Modulo di proposta. |
| Garanzia assicurativa | Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario. |
| Imposta sostitutiva | Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi. |
| Impresa Aderente | Soggetto che ha stipulato il contratto di Mutuo con la Banca Contraente e che firma la Dichiarazione di adesione e paga il Premio |
| Infortunio | <i>Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.</i> |
| Intermediario | Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività. |
| Invalidità Totale Permanente da Infortunio | Si intende colpito da invalidità totale permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%. |
| ISVAP | Vedi "IVASS". |
| IVASS | L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del |

6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".

| | |
|--|--|
| Liquidazione | Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato. |
| Nota informativa | Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Compagnia deve consegnare al Contraente e agli Assicurati prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza. |
| Periodo di copertura (o di efficacia) | Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti. |
| Premio unico | Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto |
| Prescrizione | Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni. |
| Prestazione assicurativa | Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato. |
| Proposta | Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate. |
| Questionario Sanitario anamnestico | o Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione. |
| Recesso (o ripensamento) | Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti. |
| Rischio demografico | Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurativa. |
| Scadenza | Data in cui cessano gli effetti del contratto. |
| Sinistro | Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato. |
| Società (di assicurazione) | Berica Vita S.p.A.. Sede legale Via Battaglione Framarin, 18 – 36100 - Vicenza |
| 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 RICEVUTO E PRESO VISIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE POLIZZA:

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

Il Contraente

(Timbro e firma leggibile)

Il Contraente si impegna sin d'ora a consegnare l'informativa precontrattuale e contrattuale ai singoli Assicurati all'atto della adesione all'Assicurazione Collettiva di cui alla presente polizza.

Il Contraente

(Timbro e firma leggibile)

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o 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, 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 del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: ABC Assicura S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni. Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza. Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

L'Assicurato si impegna a produrre il proprio certificato di nascita, se richiesto dalla Compagnia.

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione consegnategli. Accetta integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.

Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Luogo e data

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)

Ente

Filiale

Collocatore

Cod. Prodotto
Numero Polizza

MODALITA' DI PAGAMENTO

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

BericaVita S.p.A.
(firma leggibile)

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)

Luogo e data _____

FAC - SIMILE

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA

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

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

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

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