



Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Gruppo Cattolica Assicurazioni

BCP Fido Protetto Ed. 2016

SET INFORMATIVO composto da:

- **Documento informativo precontrattuale (DIP Vita)**
- **Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita)**
- **Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario**
- **Modulo di proposta**



Assicurazione collettiva mono-annuale ad adesione facoltativa per il caso di morte ed invalidità permanente da infortunio e/o malattia

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)



Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
Prodotto: BCP Fido Protetto Ed. 2016

Data di realizzazione: 01/01/2019- Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Collettiva a premio monoannuale, con la quale la Compagnia, in caso di Morte o di Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia dell'Assicurato prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato.

 Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?
✓ Sono soggetti assicurabili coloro cui il Contraente abbia concesso un affidamento bancario, intendendosi per tale un fido di cassa o assimilato ✓ Il capitale assicurato, indicato nel Modulo di Adesione, corrisponde al Fido Bancario concesso dal Contraente all'Assicurato e rimane costante per tutta la durata contrattuale, salvo richieste di aumento o diminuzione del capitale stesso; le garanzie rimangono in vigore fintanto che il premio venga regolarmente corrisposto. ✓ L'Assicurato ha la facoltà di variare il capitale assicurato, in aumento ed in diminuzione, in relazione alla variazione del Fido Bancario concesso. ✓ <u>Prestazione in caso di decesso:</u> la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato. ✓ <u>Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia:</u> la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale assicurato in caso di Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio e/o malattia dell'Assicurato prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato. ✓ Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

 Che cosa NON è assicurato?
✓ Non sono assicurabili i soggetti cui il Contraente abbia concesso finanziamento a rimborso rateale ivi compresi i mutui ipotecari/chirografari.

 Ci sono limiti di copertura?
! E' esclusa dall'oggetto dell'Assicurazione la morte causata da, ad esempio: ! Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi; ! Partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari. ! E' esclusa dall'oggetto dell'Assicurazione, i casi di ITP causati da, ad esempio: ! Delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; ! Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo. ! Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

 Dove vale la copertura?
✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.



Che obblighi ho?

- L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.
- L'Assicurato deve compilare almeno il Questionario Sanitario.
- In caso di trasferimento di domicilio dell'Assicurato in uno Stato estero, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia
- In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia.
- In caso di trasferimento di residenza dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia entro i 30 giorni successivi. L'inosservanza di tale obbligo comporta il rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.
- Nel caso in cui venisse estinto il conto corrente di appoggio utilizzato per l'addebito automatico di cui sopra, l'Assicurato dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia inviando una raccomandata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.



Quando e come devo pagare?

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare all'Intermediario un importo pari al premio calcolato, secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto fra Compagnia e Contraente è concluso dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione. Qualora il premio 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. L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 della data in cui l'Assicurato stesso ha sottoscritto il Modulo di Adesione, sempre che sia stato pagato il premio.
- L'assicurazione, salvo il verificarsi delle cause di cessazione previste, ha una durata di un anno e si rinnova automaticamente alla scadenza di anno in anno, in mancanza di diversa volontà espressa a mezzo raccomandata A/R, inviata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza stessa.
- Le garanzie cessano, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati:
 - al raggiungimento di un'età assicurativa pari a 65 anni;
 - alla data di cessazione del pagamento dei premi;
 - alla data di estinzione del Fido, qualunque ne sia il motivo;
 - alla data di 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;
 - alla data di sospensione del pagamento dei premi;
 - alla data di disdetta del contratto da parte del Contraente.
- Il Contraente e l'Assicurato devono avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.
- In caso di risoluzione derivante dal mancato pagamento del premio, le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato sospeso il pagamento dei premi o disdetto il contratto e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino al momento della risoluzione.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

- Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
- Il recesso si esercita mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia. Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.
- Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto effettuando la disdetta del contratto stesso.
- Il medesimo diritto di risoluzione del contratto relativo alle singole adesioni spetta altresì ai singoli Assicurati, che possono esercitare tale diritto sospendendo il pagamento dei premi.
- Ulteriori specifiche nel relativo DIP Aggiuntivo.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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

Assicurazione collettiva mono-annuale ad adesione facoltativa per il caso di morte ed invalidità permanente da infortunio e/o malattia

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi



(DIP aggiuntivo Vita)

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Prodotto: BCP Fido protetto Ed. 2016

Data di realizzazione: 01/01/2019- Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA, Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona; Tel. 0458391111; Sito internet: www.cattolica.it; E-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962, Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378; Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, con Sede Legale e Direzione Generale in Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966 ed è iscritta all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00012.

Con riferimento all'ultimo bilancio presentato in Consiglio d'Amministrazione, l'ammontare del patrimonio netto è pari a euro 1.815 milioni (capitale sociale: 523 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 1.287 milioni di Euro). La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria di Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa (SFCR) è disponibile sul sito internet di Cattolica, www.cattolica.it. L'indice di solvibilità, conforme alla normativa Solvency II, ammonta a 2,54 (SCR ratio) e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (EOF Eligible Own Funds) pari a 2.421 milioni di euro e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR Solvency Capital Requirement) pari a 952 milioni di euro. Il requisito patrimoniale minimo (MCR Minimum Capital Requirement) è pari a 428 milioni di Euro.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alle garanzie offerte.

Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia (di seguito ITP) l'Assicurato che a seguito di infortunio o di malattia 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

Per ciascun Assicurato, il capitale assicurato deve rispettare i seguenti limiti:

- il capitale minimo assicurabile è pari a 5.000,00 Euro;
- il capitale massimo assicurabile è differenziato in base all'età dell'Assicurato (al momento dell'ingresso in

assicurazione e ad ogni rinnovo successivo):

- per età inferiori o uguali a 60 anni (età assicurativa), il capitale assicurato non può eccedere l'importo di 150.000,00 Euro;
- per età superiori a 60 anni (età assicurativa), il capitale assicurato non può eccedere l'importo di 100.000,00 Euro. Pertanto qualora, ad ogni rinnovo annuale, il capitale assicurato risulti superiore a 100.000,00 Euro e l'Assicurato abbia raggiunto un'età superiore a 60 anni assicurativi, la Compagnia provvederà automaticamente a limitare il capitale assicurato al suddetto importo di 100.000,00 Euro.
- Nel caso in cui venga richiesto un aumento o diminuzione del capitale assicurato, devono essere rispettati i limiti sopra indicati, con riferimento alla data di effetto della variazione del capitale stesso
- In presenza di altre coperture assicurative (collegate a Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto) che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Compagnia stessa o altre Compagnie:
 - Qualora l'importo complessivamente assicurato non sia superiore a 200.000,00 Euro e l'Assicurato abbia un'età inferiore a 60 anni è richiesta la sola sottoscrizione del Questionario Sanitario.
 - In questo caso sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza meglio descritto nella relativa sezione del presente documento.
 - Se l'età dell'Assicurato è pari o superiore a 60 anni è richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;
 - Qualora l'importo complessivamente assicurato sia superiore a 200.000,00 Euro e fino a 300.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;
 - Qualora l'importo complessivamente assicurato sia superiore a 300.000,00 Euro e fino a 500.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti.
- La variazione del capitale assicurato si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.
- Nel caso in cui la Compagnia riceva la richiesta di variazione del capitale assicurato entro il 30 novembre, la variazione avrà effetto a partire dalla data di rinnovo annuale successiva alla data richiesta; altrimenti la variazione avrà effetto a partire dalla data del secondo rinnovo annuale successivo.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

- Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP base.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni sui limiti di copertura.

- È esclusa dall'oggetto dell'Assicurazione la morte causata da:
 - guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
 - suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;
 - 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.);
 - 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;
 - pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
 - volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
 - infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
 - malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;

- dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.
- Sono esclusi dalla garanzia i casi di ITP che si siano verificati in conseguenza diretta o indiretta di:
 - partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
 - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
 - pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
 - partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
 - 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;
 - operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;
 - guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
 - 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.);
 - atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
 - svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio;
 - 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;
 - dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.
- Condizioni di carenza in caso di morte e di invalidità totale e permanente.
 - L'Assicurazione non opera e nessun indennizzo è previsto in caso di morte ed in caso di invalidità totale permanente da infortunio e/o malattia durante il Periodo di Carenza di 6 mesi a partire dalla data di effetto della copertura; in caso di aumento di capitale, sull'integrazione di capitale è applicato lo stesso Periodo di Carenza di 6 mesi a partire dalla data di effetto della variazione del Capitale Assicurato.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	Denuncia di sinistro: Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. 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 (IBAN) 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: <u>In caso di decesso:</u> – copia firmata della documentazione prodotta per la concessione del Fido; – richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dai 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 fornire fotocopia dei 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;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - nel caso in cui i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
 - in assenza di testamento:
 - atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesti la mancanza di testamento;
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza);
 - per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;
 - dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
 - in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
 - in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia.

Su richiesta dell'Assicurato e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

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

In caso di invalidità totale permanente da infortunio e/o malattia (ITP):

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 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio post vendita e liquidazioni - sinistri – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

La documentazione da fornire comprende:

- copia firmata della documentazione prodotta per la concessione del Fido;
- 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 fornire fotocopia dei 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. <u>In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:</u> – richiesta sottoscritta dal Contraente. <u>In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato:</u> – richiesta sottoscritta dall'Assicurato; – 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 dall'Assicurato. <u>In caso di estinzione anticipata:</u> – richiesta dell'Assicurato – idonea documentazione, prodotta dal Contraente che ha concesso il Fido, che ne attesti l'estinzione anticipata. 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.. Liquidazione della prestazione: La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio post vendita e liquidazioni – sinistri – 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.
--	--

	<u>In caso di ITP:</u> 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..
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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 dichiarando al Contraente 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 al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; – di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; – di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.



Quando e come devo pagare?

Premio	– Il premio, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'età e all'ammontare del capitale assicurato. – In caso di sopravvivenza e di non sopraggiunta Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato alla data di scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato medesimo, questa si intenderà estinta ed il premio acquisito dalla Compagnia. – Con riferimento alle sole nuove sottoscrizioni dell'anno, il primo premio da versare della cifra fissa prevista viene calcolato pro rata temporis facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura assicurativa riportata sul Modulo di Adesione e la data di fine anno. A tale importo viene sommata la cifra fissa. – Il versamento del premio di perfezionamento e dei successivi premi, avviene tramite Autorizzazione di addebito in conto corrente dell'Assicurato che viene sottoscritta nel Modulo di Adesione; tale autorizzazione implica l'addebito del premio di assicurazione presso il Contraente.
Rimborso	– In caso di estinzione anticipata del Fido bancario, la Compagnia restituisce all'Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (fine dell'anno dalla data di estinzione); più precisamente, tale parte di premio è calcolata pro rata temporis facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di estinzione del Fido e la fine dell'anno della data di estinzione stessa. In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato. – Dall'importo del premio da rimborsare, determinato con la regola sopra riportata, la Compagnia trattiene un costo fisso pari a 10,00 Euro.
Sconti	– Non sono previsti sconti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP base.
Sospensione	– L'Assicurato ha la facoltà di risolvere il contratto relativo alla singola adesione sospendendo il pagamento dei premi. <u>La sospensione dei premi si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.</u> – Nel caso in cui la Compagnia riceva la richiesta di sospensione del pagamento dei premi entro il 30 novembre, la sospensione (risoluzione del contratto) avrà effetto il 31 dicembre dello stesso

	anno di ricevimento della richiesta; altrimenti la sospensione avrà effetto il 31 dicembre dell'anno successivo.
--	--



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	Non ci sono ipotesi di revoca.
Recesso	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.
Risoluzione	<u>La disdetta del contratto si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.</u> Nel caso in cui la Compagnia riceva la richiesta di disdetta del contratto entro il 30 novembre, la disdetta (risoluzione del contratto) avrà effetto il 31 dicembre dello stesso anno di ricevimento della richiesta; altrimenti la disdetta avrà effetto il 31 dicembre dell'anno successivo. In caso di disdetta del contratto le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato disdetto il contratto stesso e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino momento della risoluzione.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di riscatto e riduzione	– Non sono previsti riscatti o riduzioni.
Richiesta di informazioni	– Non applicabile.



A chi è rivolto questo prodotto ?

Sono soggetti assicurabili coloro cui il Contraente abbia concesso un affidamento bancario, intendendosi per tale un fido di cassa o assimilato, ad esclusione di tutti i tipi di finanziamento a rimborso rateale ivi compresi i mutui ipotecari/chirografari. La copertura può essere estesa anche a persone giuridiche alle quali il Contraente abbia concesso un affidamento bancario; in tal caso l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica più direttamente interessata (titolare, amministratore, soci). Inoltre l'Assicurato deve avere un'età compresa tra i 18 e i 60 anni (età assicurativa), al momento dell'ingresso in assicurazione.



Quali costi devo sostenere?

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

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

- **tabella dei costi gravanti sul premio:**

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

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Cifra fissa pari a 10 Euro
41% del premio (al netto della cifra fissa)

- **tabella sui costi per riscatto:**

Non sono previsti costi per il riscatto.

- **tabella sui costi per l'erogazione della rendita:**

Non sono previsti costi per l'erogazione della rendita.

- **costi per l'esercizio delle opzioni**

Non sono previsti costi per l'esercizio delle opzioni.

- **costi di intermediazione**

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

**Provvigioni percepite in media dagli Intermediari
(quota parte dei costi in percentuale)**

48,80%

- **costi dei PPI:**

Non sono previsti altri costi.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0458372354 – E-mail reclami@cattolicaassicurazioni.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n. 28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm .

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<u>Imposta sui premi</u> I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.
---	---

	<u><i>Detraibilità fiscale dei premi</i></u> <i>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.</i> <u><i>Tassazione delle somme assicurate</i></u> <i>Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.</i>
--	---

L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA MONO-ANNUALE AD ADESIONE FACOLTATIVA PER IL CASO DI MORTE ED INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E/O MALATTIA

Art. 1 – Oggetto.

Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio monoannuale, con la quale la Compagnia, in caso di Morte o di Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato come definito all'Art. 6.

Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia (di seguito ITP) l'Assicurato che a seguito di infortunio o di malattia 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 o Temporanea in caso di morte / Invalidità Totale Permanente da infortunio e/o malattia prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione del Questionario Sanitario.

Nel caso di mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, il presente contratto non produrrà effetti.

Per ciascun Assicurato, il capitale assicurato deve rispettare i seguenti limiti:

– il capitale minimo assicurabile è pari a 5.000,00 Euro;
– il capitale massimo assicurabile è differenziato in base all'età dell'Assicurato (al momento dell'ingresso in assicurazione ed ad ogni rinnovo successivo):

- per età inferiori o uguali a 60 anni (età assicurativa), il capitale assicurato non può eccedere l'importo di 150.000,00 Euro;
- per età superiori a 60 anni (età assicurativa), il capitale assicurato non può eccedere l'importo di 100.000,00 Euro. Pertanto qualora, ad ogni rinnovo annuale, il capitale assicurato risulti superiore a 100.000,00 Euro e l'Assicurato abbia raggiunto un'età superiore a 60 anni assicurativi, la Compagnia provvederà automaticamente a limitare il capitale assicurato al suddetto importo di 100.000,00 Euro.

Nel caso in cui venga richiesto un aumento o diminuzione del capitale assicurato, devono essere rispettati i limiti sopra indicati, con riferimento alla data di effetto della variazione del capitale stesso (cfr Art.6 delle presenti Condizioni di Assicurazione).

In presenza di altre coperture assicurative (collegate a Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto) che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Compagnia stessa o altre Compagnie:

– Qualora l'importo complessivamente assicurato non sia superiore a 200.000,00 Euro e l'Assicurato abbia un'età inferiore a 60 anni è richiesta la sola sottoscrizione del Questionario Sanitario.

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

Se l'età dell'Assicurato è pari o superiore a 60 anni è richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;

- Qualora l'importo complessivamente assicurato sia superiore a 200.000,00 Euro e fino a 300.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;
- Qualora l'importo complessivamente assicurato sia superiore a 300.000,00 Euro e fino a 500.000,00 Euro è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti.

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

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.

Il contratto ha durata pari ad un anno e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo facoltà delle parti di esercitare il diritto di disdetta.

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 della data in cui l'Assicurato stesso ha sottoscritto il Modulo di Adesione, sempre che sia stato pagato il premio.

Qualora il premio non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del contratto.

Art. 3 – Diritto di recesso.

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

Il recesso si esercita mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – 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.

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

Art. 4 – Il premio.

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

Con riferimento alle sole nuove sottoscrizioni dell'anno, il primo premio da versare (al netto della cifra fissa, definita all'Art. 9) viene calcolato *pro rata temporis* facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura assicurativa riportata sul Modulo di Adesione e la data di fine anno. A tale importo viene sommata la cifra fissa.

In caso di estinzione anticipata del Fido bancario, la Compagnia restituisce all'Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (fine dell'anno dalla data di estinzione); più precisamente, tale parte di premio è calcolata *pro rata temporis* facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di estinzione del Fido e la fine dell'anno della data di estinzione stessa. In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato.

Dall'importo del premio da rimborsare, determinato con la regola sopra riportata, la Compagnia trattiene un costo fisso pari a 10,00 Euro.

Il versamento del premio di perfezionamento e dei successivi premi, avviene tramite Autorizzazione di addebito in conto corrente dell'Assicurato che viene sottoscritta nel Modulo di Adesione; tale autorizzazione implica l'addebito del premio di assicurazione presso il Contraente.

Nel caso in cui venisse estinto il conto corrente di appoggio utilizzato per l'addebito automatico di cui sopra, l'Assicurato dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia inviando una raccomandata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto effettuando la disdetta del contratto stesso.

La disdetta del contratto si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

Nel caso in cui la Compagnia riceva la richiesta di disdetta del contratto entro il 30 novembre, la disdetta (risoluzione del contratto) avrà effetto il 31 dicembre dello stesso anno di ricevimento della richiesta; altrimenti la disdetta avrà effetto il 31 dicembre dell'anno successivo.

In caso di disdetta del contratto le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato disdetto il contratto stesso e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino momento della risoluzione.

L'Assicurato ha la facoltà di risolvere il contratto relativo alla singola adesione sospendendo il pagamento dei premi.

La sospensione dei premi si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

Nel caso in cui la Compagnia riceva la richiesta di sospensione del pagamento dei premi entro il 30 novembre, la sospensione (risoluzione del contratto) avrà effetto il 31 dicembre dello stesso anno di ricevimento della richiesta; altrimenti la sospensione avrà effetto il 31 dicembre dell'anno successivo.

In caso di sospensione del pagamento dei premi le coperture assicurative cesseranno dal momento in cui è stato sospeso il pagamento dei premi e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino momento della risoluzione.

Art. 5 – Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato.

Il Contraente 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 dichiarando al Contraente 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 al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

Art. 6 – Capitale assicurato.

Il capitale assicurato, indicato nel Modulo di Adesione, corrisponde al Fido Bancario concesso dal Contraente all'Assicurato e rimane costante per tutta la durata contrattuale, salvo richieste di aumento o diminuzione del capitale stesso; le garanzie rimangono in vigore fintanto che il premio venga regolarmente corrisposto.

L'Assicurato ha la facoltà di variare il capitale assicurato, in aumento ed in diminuzione, in relazione alla variazione del Fido Bancario concesso.

La variazione del capitale assicurato si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

Nel caso in cui la Compagnia riceva la richiesta di variazione del capitale assicurato entro il 30 novembre, la variazione avrà effetto a partire dalla data di rinnovo annuale successiva alla data richiesta; altrimenti la variazione avrà effetto a partire dalla data del secondo rinnovo annuale successivo.

Per ciascun Assicurato, il capitale assicurato deve rispettare i seguenti limiti:

– il capitale minimo assicurabile è pari a 5.000,00 Euro;
– il capitale massimo assicurabile è differenziato in base all'età dell'Assicurato (al momento dell'ingresso in assicurazione ed ad ogni rinnovo successivo):

- per età inferiori o uguali a 60 anni (età assicurativa), il capitale assicurato non può eccedere l'importo di 150.000,00 Euro;
- per età superiori a 60 anni (età assicurativa), il capitale assicurato non può eccedere l'importo di 100.000,00 Euro. Pertanto qualora, ad ogni rinnovo annuale, il capitale assicurato risulti superiore a 100.000,00 Euro e l'Assicurato abbia raggiunto un'età superiore a 60 anni assicurativi, la Compagnia provvederà automaticamente a limitare il capitale assicurato al suddetto importo di 100.000,00 Euro.

Nel caso in cui venga richiesto un aumento o diminuzione del capitale assicurato, devono essere rispettati i limiti sopra indicati, con riferimento alla data di effetto della variazione del capitale stesso.

Sulla base di quanto previsto anche all'Art. 1, il relativo indennizzo per sinistro non potrà superare gli importi di seguito indicati:

- 200.000,00 Euro se l'Assicurato ha un'età inferiore a 60 anni ed è stata quindi richiesto la sola compilazione del Questionario Sanitario;
- 300.000,00 Euro se l'età dell'Assicurato è pari o superiore a 60 anni o comunque sia stata richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;
- 500.000,00 Euro qualora sia stata richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti.

I limiti di cui sopra sono da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto) che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con la Compagnia stessa o altre Compagnie.

Art. 7 – Rischio morte e invalidità totale permanente – Esclusioni e limitazioni delle garanzie.

A. ESCLUSIONI

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

- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
- **suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;**
- **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.);**
- **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;**
- **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;**
- **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**

- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

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

- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- 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;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 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.);
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio;
- 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;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.

B. CONDIZIONI DI CARENZA IN CASO DI MORTE E DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

L'Assicurazione non opera e nessun indennizzo è previsto in caso di morte ed in caso di invalidità totale permanente da infortunio e/o malattia durante il Periodo di Carenza di 6 mesi a partire dalla data di effetto della copertura; in caso di aumento di capitale, sull'integrazione di capitale è applicato lo stesso Periodo di Carenza di 6 mesi a partire dalla data di effetto della variazione del Capitale Assicurato.

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

Tali garanzie cessano, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati:

- al raggiungimento di un'età assicurativa pari a 65 anni;
- alla data di cessazione del pagamento dei premi;
- alla data di estinzione del Fido, qualunque ne sia il motivo;
- alla data di 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;
- alla data di sospensione del pagamento dei premi;
- alla data di disdetta del contratto da parte del Contraente.

Art. 9 – Costi.**Art. 9.1 – Costi gravanti sul premio**

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

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

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

Tabella A

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Cifra fissa pari a 10 Euro
41% del premio (al netto della cifra fissa)

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

In caso di estinzione anticipata del Fido bancario, la Compagnia trattiene 10,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

* * *

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

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
48,80%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.

Risultano ammissibili all'assicurazione coloro cui il Contraente abbia concesso un affidamento bancario, intendendosi per tale un fido di cassa o assimilato, ad esclusione di tutti i tipi di finanziamento a rimborso rateale ivi compresi i mutui ipotecari/chirografari.

La copertura può essere estesa anche a persone giuridiche alle quali il Contraente abbia concesso un affidamento bancario; in tal caso l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica più direttamente interessata (titolare, amministratore, soci).

Inoltre l'Assicurato deve avere un'età compresa tra i 18 e i 60 anni (età assicurativa), al momento dell'ingresso in assicurazione. E' richiesta la sottoscrizione del Questionario Sanitario.

La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, al raggiungimento dell'età assicurativa pari a 65 anni.

Avvertenza – Resta inteso che la Compagnia ha diritto:

- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;

- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

Il Contraente e l'Assicurato devono avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

Art. 11 – Durata.

La durata dell'assicurazione è pari ad un anno e si rinnova tacitamente, alla scadenza, di anno in anno, in mancanza di diversa volontà espressa a mezzo di lettera raccomandata A/R, inviata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza stessa.

Con riferimento alla durata della copertura assicurativa relativa ai singoli Assicurati si rimanda a quanto disciplinato agli Artt. 2 e 8.

Art. 12 – Conflitto di interessi.

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet.

La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

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

Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

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 (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

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

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

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

- richiesta sottoscritta dall'Assicurato;
- 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 dall'Assicurato.

In caso di estinzione anticipata:

- richiesta dell'Assicurato
- idonea documentazione, prodotta dal Contraente che ha concesso il Fido, che ne attesti l'estinzione anticipata.

In caso di decesso:

- copia firmata della documentazione prodotta per la concessione del Fido;
- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dai 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 fornire fotocopia dei 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;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:

- in presenza di testamento:
 - nel caso in cui i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
- in assenza di testamento:
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;

- dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia.

Su richiesta dell'Assicurato e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

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

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

– 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 e/o malattia:

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 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio post vendita e liquidazioni - sinistri – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

La documentazione da fornire comprende:

- copia firmata della documentazione prodotta per la concessione del Fido;
- 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 fornire fotocopia dei 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.

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.

L'Assicurato designa i Beneficiari della prestazione in caso di decesso.

In caso di invalidità totale permanente dell'Assicurato, quest'ultimo sarà soggetto Beneficiario.

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

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

Art. 15 – Imposte e tasse.

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

Art. 16 – Controversie.

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

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

Adeguate verifica della clientela	L'Adeguate Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo. Tale attività prevede i seguenti adempimenti: a) identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo: ❖ cliente (contraente) ed eventuale esecutore, ❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa), ❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo; b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente; c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere; d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.
Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e l'Assicurato.
Assicurato	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica designata in polizza e 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	Persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione collettiva.
Contratto (di assicurazione sulla vita)	Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
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 dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritti (o interessi di frazionamento)	In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurativa.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione.
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.
Fido Bancario	Impegno assunto da una banca a mettere una somma a disposizione del cliente.
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.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
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	Si intende colpito da invalidità totale permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio e/o malattia 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 (ex ISVAP)	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 consumatore. Istituito con la legge n. 135 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.
Normativa FATCA	Il <i>Foreign Account Tax Compliance Act</i> è una normativa fiscale americana – recepita in Italia tramite la firma di uno specifico accordo Intergovernativo tra Italia e Stati Uniti – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. La Compagnia è a tal fine obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni ed una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è altresì obbligata a effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (<i>Internal Revenue Service - IRS</i>).
Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
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 o anamnestico	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.
Quietanza	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società, ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
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.
Set Informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: - Documento informativo precontrattuale (DIP Vita); - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita); - Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario; - Modulo di proposta.
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)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.
Sovrappremio	Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Modulo di proposta
per prodotto assicurativo ad adesione denominato
BCP FIDO PROTETTO Ed. 2016

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

Ente _____ Collocatore _____ Cod. Prodotto **1107-1108**
Numero convenzione **12980-12981**
Questionario per l'adeguata verifica della clientela n. _____ Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n. _____

CONTRAENTE (sulla base della Convenzione conclusa con la Compagnia)

Ragione/Denominazione Sociale	Codice Fiscale/Partita IVA	
Luogo di costituzione	Data di costituzione	
Indirizzo sede legale	Provincia	C.A.P.
Comune	Ramo attività	Sottogruppo
Recapito	CAB Comune	Cod. paese

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ CONTRAENTE

Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese

ASSICURATI

Soggetti che aderiranno all'Assicurazione Collettiva di cui alla presente proposta

DATI TECNICI DI POLIZZA

Data di decorrenza dell'Assicurazione Collettiva (Convenzione):	Scadenza:
Capitale assicurato: come indicato in ogni singolo Modulo di Adesione	
Tipologia di Premio: UNICO	
Premio versato: Determinato come disciplinato dall'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione	
Costi:	

DATI IDENTIFICATIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Documento di riconoscimento	Tipo documento
Ente emittente e luogo	Data emissione

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver effettuato l'operazione sopra indicata, ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.

Luogo e data _____ Società Cattolica di Assicurazione –
Società Cooperativa
(firma leggibile) _____ Il Contraente
(Timbro della Società e firma del
Legale Rappresentante) _____

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

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

- del Set Informativo;
- dell'informativa precontrattuale ai sensi dell'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018.

Il Contraente

(Timbro della Società e firma del Legale Rappresentante)

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 della Società e firma del Legale Rappresentante)

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere, ai sensi degli artt. 1892 o 1893 o 1894 del cod. civ., il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario.

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

Diritto di recesso. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Assunzione e Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

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

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

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 Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data

Il Contraente

(Timbro della Società e firma del Legale Rappresentante)

Ente

Collocatore

Cod. Prodotto **1107-1108**

Numero convenzione **12980-12981**

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n.

Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

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.

Società Cattolica di Assicurazione –
Società Cooperativa
(firma leggibile)

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

Luogo e data _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. il Contraente approva espressamente e sottoscrive la seguente clausola: Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati.

Luogo e data _____

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