FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

MUTUO PROTECTION

Convenzione Collettiva Numero: 00722630000202

Prestazioni assicurate da:

Società Cattolica di Assicurazione
Società Cooperativa

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Edizione aggiornata al 31/05/2017

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

a) Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962, Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378, Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012;

b) Sede Legale e Direzione Generale: Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia; Telefono: 045.8391111; Sito Internet: www.cattolica.it, e-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it

c) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966;

d) Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2016 ammonta a 1.876 milioni di Euro (capitale sociale: 523 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 1.289 milioni di Euro).
Il margine di solvibilità calcolato secondo i parametri Solvency II (c.d. Ratio patrimoniale) è pari a 1,88 volte il minimo regolamentare richiesto dalla normativa vigente.

3. Conflitto di interessi

La Società si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.
In ogni caso la Società, pur in presenza di situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio al Contraente e si impegna ad ottenere per il Contraente il miglior risultato possibile.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La presente Convenzione, stipulata dal Contraente con la Compagnia ha durata annuale con tacito rinnovo.

L'Assicurazione ha durata pari a quella del contratto di Mutuo, con il minimo di 60 mesi (5 anni) e un massimo di 420 mesi (35 anni), inclusiva dell'eventuale periodo di preammortamento (di durata massima pari a 4 mesi), salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione successivamente espresse.

La copertura decorre dalla Data di accensione del mutuo (Data Iniziale) e cessa alla scadenza del contratto di Mutuo.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda allo specifico Art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

Lo sconto è applicabile al solo premio unico anticipato, restando esclusa l'applicazione di tale sconto alle successive annualità da pagarsi per mezzo di premi annui costanti.

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

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte
Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo qualora si verifichi un Sinistro, per:

- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA ≥ 60% (*),** garanzia appartenente al ramo Danni
- **DECESSO** garanzia di ramo Vita

A ciascun Aderente, le predette garanzie sono offerte congiuntamente, come parte di un unico pacchetto assicurativo.

AVVERTENZA **– Per gli aspetti di dettaglio sull'Indennizzo previsto in caso di Invalidità Totale Permanente si rimanda all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione:**

Per la garanzia Decesso si rimanda ai contenuti del Fascicolo Informativo Vita.

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

Per conoscere in dettaglio le limitazioni e le Esclusioni derivanti dalla presente Polizza si rimanda all'Artt. 27,28,29 delle Condizioni di Assicurazione:

Per la garanzia Decesso si rimanda ai contenuti del Fascicolo Informativo Vita.

4.3 AVVERTENZA - Franchigie Scoperti e Massimali

Per conoscere in dettaglio le Franchigie, gli Scoperti e i Massimali applicabili alle singole garanzie si rimanda all'Artt. 26, 27 delle Condizioni di Assicurazione.

Per la garanzia Decesso si rimanda ai contenuti del Fascicolo Informativo Vita.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione di franchigie e massimali nel caso di un sinistro relativo alla garanzia Invalidità Totale Permanente (ITP):

Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia (ITP) l'Assicurato che perde in modo totale, definitivo ed irrimediabile la capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta.

Tale **Invalidità Totale Permanente (ITP)** viene riconosciuta quando il grado percentuale di ITP dell'Assicurato **sia pari o superiore al 60%** , secondo quanto previsto dalla tabella INAIL all.1 del D.P.R 30.6.1965 n° 1124, denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente- INDUSTRIA". Si precisa che in ogni caso deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 Febbraio 2000 n° 38 che abbiano sostituito la predetta tabella, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni di Assicurazione.

Esempio 1
- percentuale di ITP accertata da Medico Legale: 40%
- indennizzo liquidato: Nessuno

Esempio 2
- percentuale di ITP accertata da Medico Legale: 60%
- indennizzo liquidato: Debito Residuo derivante dal Mutuo, calcolato secondo i criteri stabiliti dalla Compagnia, alla data della relazione del Medico Legale che attesti il grado di ITP.

Esempio 1
- percentuale di ITP accertata da Medico Legale: 80%
- indennizzo liquidato: Debito Residuo derivante dal Mutuo, calcolato secondo i criteri stabiliti dalla Compagnia, alla data della relazione del Medico Legale che attesti il grado di ITP.

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

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

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

Con riferimento alla posizione di ogni singolo Assicurato, la garanzia cessa alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

1. **scadenza originaria del Contratto di Mutuo;**
2. **esercizio del diritto di recesso;**
3. **liquidazione da parte della Compagnia dell'Indennizzo previsto per il caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio dell'Assicurato;**
4. **in caso di estinzione anticipata totale, rinegoziazione o trasferimento del Mutuo originariamente stipulato, salvo che l'Aderente richieda la continuazione dell'assicurazione.**
5. **In caso di interruzione del pagamento del premio annuo costante, qualora l'Aderente abbia scelto la formula a Premio Unico per i primi 5 o 10 anni del Mutuo e successivo premio annuo. Ai sensi dell'Art. 1924 del cod. Civ, il contratto si intende risolto di diritto trascorsi 20 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata.**
6. **La comunicazione da parte dell'Aderente/Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.**

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di Premio.
Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ.

7. Premio

A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare un importo pari al premio calcolato, secondo le modalità e la forma tariffaria prescelta al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

L'assicurazione prevede, a scelta dell'Aderente, il pagamento di un Premio Unico Anticipato per tutta la durata del Mutuo, oppure il pagamento di un Premio Unico Anticipato per i primi 5 o 10 anni del Contratto di Mutuo e di un Premio Annuo Costante, per le annualità successive, come meglio esplicitato di seguito:

- **PREMIO UNICO ANTICIPATO per tutta la durata del finanziamento:**

L'Assicurazione prevede il pagamento di un premio unico anticipato a copertura dell'intera durata del Mutuo.

Per ogni singolo Assicurato il premio è determinato in relazione all'età assicurativa dello stesso, al capitale assicurato iniziale alla data di decorrenza della copertura (o alla quota parte dello stesso), alle garanzie prestate e alla durata (in mesi) del Mutuo.

Per il pagamento del Premio Unico l'Aderente ha a disposizione i seguenti mezzi di pagamento:
- addebito in conto corrente

-trattenuta all'erogazione: l'importo del Premio è finanziato all'Aderente dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento.

Lo sconto applicato al tasso corrisponde al: 1%.

- **PREMIO UNICO ANTICIPATO per i primi 5 o 10 anni di durata del Mutuo + PREMIO ANNUO COSTANTE:**

L'assicurazione prevede, a scelta dell'Aderente, il pagamento di un premio unico iniziale a copertura primi 5 o 10 anni del Contratto di Mutuo.

Nel caso in cui tale Contratto di Mutuo abbia una durata complessiva che preveda frazioni di anno, queste saranno accodate ai 5 o 10 anni e corrisposte nel premio unico iniziale.
Il premio unico è relativo a durate che possono quindi essere comprese tra 60 e 71 mesi o 120 e 131 mesi. Eventuali frazioni di mese vengono considerate un intero mese.

Il premio unico iniziale, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione all'età assicurativa dello stesso, al capitale assicurato iniziale alla data di decorrenza della copertura (o la quota parte dello stesso), alle garanzie prestate e alla durata (in mesi) di riferimento (opzioni 5 o 10 anni).

Per il pagamento del Premio Unico l'Aderente ha a disposizione i seguenti mezzi di pagamento:
- addebito in conto corrente
-trattenuta all'erogazione: l'importo del Premio è finanziato all'Aderente dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento

Successivamente al termine del periodo coperto con Premio Unico, l'Assicurazione prevede il pagamento di un **Premio Annuo Costante** il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione.

Il premio annuo costante, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione all'età assicurativa dello stesso, al debito residuo (o quota parte) che risulta al termine della copertura pagata con il premio unico, alle garanzie prestate e alla durata complessiva del contratto di Mutuo (in mesi).

Il Debito Residuo (calcolato secondo le modalità stabilite dalla Compagnia) è determinato tramite un piano di ammortamento a rata mensile costante posticipata e con decrescenza stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

A titolo esemplificativo nel caso di un Contratto di Mutuo con durata complessiva pari a 134 mesi, è corrisposto premio unico iniziale relativo ad un periodo di 122 mesi e successivamente un premio annuo costante per i 12 mesi rimanenti.

E' prevista la possibilità per l'Aderente di interrompere il pagamento del premio annuo costante, successivo al primo. In caso di mancato pagamento del Premio Annuo Costante, ai sensi dell'Art. 1924 del Cod. Civ, il contratto si intende risolto di diritto trascorsi 20 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata.

Per il pagamento del Premio Annuo Costante l'Aderente ha a disposizione i seguenti mezzi di pagamento:

- SDD (Sepa Direct Debit)

Nel caso in cui il premio sia finanziato il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative. Durante il periodo di preammortamento il debito residuo è costante ovvero non decresce.

Se la durata del Mutuo dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento originario.

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Aderente per il pagamento del Premio Unico Anticipato:

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

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Aderente per il pagamento del Premio Annuo Costante:

- SDD (Sepa Direct Debit)

7.2 Costi gravanti sul premio

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

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

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

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

Costi di acquisizione, gestione ed incasso DANNI	**Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) - DANNI**
56%	62,5%

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando soltanto il Tasso relativo alla garanzia ITP e ad un'età dell'Assicurato pari a 30 anni.

Esempio – PREMIO UNICO ANTICIPATO:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Capitale Assicurato	€ 100.000,00
Età e dell'Assicurato	30 anni
Durata del Mutuo (mesi)	360 mesi
Durata della copertura (mesi)	360 mesi
Premio Lordo Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 3.430,95**
Premio Netto Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 3.347,27**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 1.874,47
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 1171,54

Esempio – PREMIO UNICO ANTICIPATO e PREMIO ANNUO COSTANTE:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Capitale Assicurato	€ 100.000,00
Età e dell'Assicurato	30 anni
Durata del Mutuo (mesi)	360 mesi
Durata totale della copertura (mesi)	360 mesi
PREMIO UNICO ANTICIPATO per i primi 5 o 10 anni di durata del Mutuo	
Durata (opzioni 5 o 10 anni)	**10 anni**

Premio Lordo Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 582,97**
Premio Netto Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 568,75**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 318,15
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 199,06
PREMIO ANNUO COSTANTE al termine del periodo a Premio Unico Anticipato	
Durata	**12 mesi**
Debito residuo alla scadenza dell'opzione a Premio Unico scelta (10 anni)	**€ 75.788,25**
Premio Lordo Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 91,46**
Premio Netto Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 89,23**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 49,97
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 31,23

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

7.3.1 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata TOTALE del finanziamento
In caso di estinzione anticipata Totale del Finanziamento, rinegoziazione o trasferimento dello stesso presso altro Istituto, avvenuta:

- **nel periodo di copertura assicurata a PREMIO UNICO ANTICIPATO:**

la Compagnia restituisce all'Aderente la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta esplicita dell'Aderente, mantiene attiva la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria, anche se il Mutuo collegato è stato estinto, rinegoziato o trasferito. In tal caso la copertura rimane commisurata all'originale piano di ammortamento.

I premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile
L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il Premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

A tale risultato vengono sottratte le spese di rimborso, così come indicate nel Modulo di Adesione.

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

Dove:
R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
MR = mesi residui di copertura

D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Mutuo	06/09/2010
Data Scadenza Mutuo	06/09/2015
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in mesi	60
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	34
Spese di Rimborso	€ 50,00

R = 1000 * 34/60 - 50,00€
R = 566,67 -50,00
R = 516,67

- **nel periodo di copertura assicurata a PREMIO ANNUO COSTANTE:**

il contratto cessa alla prima ricorrenza annuale successiva, senza alcuna restituzione di premio.

7.3.2 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata PARZIALE del finanziamento
In caso di estinzione anticipata Parziale del Finanziamento, avvenuta:

- **nel periodo di copertura assicurata a PREMIO UNICO ANTICIPATO:**

la Compagnia restituisce all'Aderente la quota parte di Premio Unico pagato e non goduto (al netto delle imposte) e la polizza rimane in essere per i valori di capitale/rata protetta corrispondenti a quanto ancora in ammortamento dopo l'operazione di estinzione anticipata parziale.

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta esplicita dell'Aderente, mantiene attiva la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria, anche se il Finanziamento collegato è stato estinto parzialmente. In tal caso la copertura rimane commisurata all'originale piano di ammortamento.

L'importo da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita al Capitale versato per l'estinzione parziale del Contratto di Finanziamento e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione.

PARTE DI PREMIO DANNI - Formula di Rimborso

L'importo da restituire si determina:

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

Dove:

R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
α=percentuale di capitale rimborsato (0;100%)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Dal premio determinato con la regola sopra riportata andranno sottratte le spese amministrative di rimborso pari a **€ 50,00**.

Qualora il premio da rimborsare risultasse inferiore all'ammontare complessivo delle spese amministrative, non sarà previsto alcun rimborso da parte della Compagnia e la copertura assicurativa rimarrà attiva fino alla scadenza originariamente prevista e commisurata all'originario piano di ammortamento.

Esempio:

Premio Imponibile (al netto delle imposte)	€ 1000,00
% capitale rimborsato	50%
Durata Totale in mesi	120
Mesi di copertura residui	60
Spese di Rimborso	€ 50,00

R = 1000 * (50%*60/120)- 50

R = € 200,00

- **nel periodo di copertura assicurata a PREMIO ANNUO COSTANTE:**

il contratto cessa alla prima ricorrenza annuale successiva, senza alcuna restituzione di premio.

8. *AVVERTENZA* - Diritto di Recesso

L'Aderente può recedere dal presente contratto:

- **Entro 60 giorni dalla data di Decorrenza inviando la richiesta di recesso alla Compagnia.**

  Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia rimborserà totalmente il premio corrisposto, senza applicare alcun onere a carico dell'Assicurato.

  Nel caso di recesso esercitato entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia rimborserà il premio corrisposto, ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia, dal premio rimborsato all'Assicurato.

Oppure

- **Trascorsi almeno 5 anni di copertura assicurativa con effetto dalla data di ricevimento della richiesta. La Compagnia provvederà alla restituzione all'Assicurato della parte di premio Danni, pagato e relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.**

Per conoscere in dettaglio i tempi, le modalità e i riferimenti per l'invio della richiesta di Rimborso si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione - Art. 8.1, 8.2, 8.3.

9 . Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

10. Legge applicabile al contratto

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

11. Regime fiscale

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro
In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

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

(*) Compagnia

c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL

Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA)

La documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo:

sinistri.cattolica@legalmail.it

Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

Per i documenti da inviare in caso di sinistro, si rimanda all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

Qualora l'Assicurato non fornisca la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

AVVERTENZA – Apertura e gestione del sinistro
Dopo aver ricevuto il modulo di denuncia sinistro la Compagnia o una Società fiduciaria incaricata alla gestione, verifica il nominativo dell'Assicurato e la regolarità amministrativa della polizza.
Alla fine di queste preliminari attività la Compagnia/Società fiduciaria incaricata della gestione registra la denuncia e contestualmente assegna alla pratica un numero di sinistro. Il numero di sinistro è utile in tutte le comunicazioni dalla Compagnia/Società fiduciaria all'Assicurato e dall'Assicurato alla Compagnia/Società fiduciaria.

Di seguito le possibili casistiche:

1) L'Assicurato o i suoi familiari <u>hanno compilato il modulo di denuncia sinistro in tutte le sue parti e allegato tutta la documentazione richiesta</u>, come previsto all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione: la Compagnia/Società Fiduciaria provvederà, entro 30 giorni, alternativamente a:

- **Emettere il pagamento;**
- **Rigettare il sinistro con comunicazione motivata indirizzata all'Assicurato.**

2) l'Assicurato o i suoi familiari <u>hanno compilato il modulo di denuncia sinistro privo della documentazione richiesta</u> all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione:

la Compagnia/Società fiduciaria entro 10 giorni richiederà i documenti mancanti con lettera d'integrazione documentale. Al ricevimento dei documenti la Compagnia/Società Fiduciaria provvederà, entro 30 giorni, alternativamente a:

- **Emettere il pagamento;**
- **Rigettare il sinistro con comunicazione motivata indirizzata all'Assicurato.**

13. <u>Reclami</u>

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

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.354
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.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi IVASS Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma fax 06 42133 206 Pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'Ivass (www.ivass.it - sezione Per i Consumatori – Reclami - "Guida ai reclami"), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.
Il reclamo all'Ivass deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa e dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
Per la risoluzione di 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 della Commissione Europea http://www.ec.europa.eu/fin-net
Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.
Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

14. *AVVERTENZA* - Arbitrato

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, si rimanda all'Art. 30 delle Condizioni di Assicurazione.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
(Dott. Paolo Bedoni)

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Aderente/Assicurato:
Soggetto che ha stipulato il contratto di Mutuo con la Banca Contrente e che firma il Modulo di Adesione e paga il Premio.

In caso di Persona Fisica, Aderente e Assicurato corrispondono allo stesso soggetto, pertanto ai fini del presente contratto sono da considerarsi sinonimi.

Sono assicurabili fino ad un massimo di 2 persone fisiche, cointestatarie del Contratto di Mutuo.

In caso di Persona Giuridica:

- **Aderente è l'Impresa** (di seguito denominata anche "Impresa Aderente"), che ha stipulato il contratto di Mutuo con la Banca Contraente e che firma, nella persona del suo Legale Rappresentante, il Modulo di Adesione e paga il premio;

- **Assicurato è la Persona Fisica**, considerata dall'Impresa Persona Chiave, fino ad un massimo di due, designata dall'Impresa Aderente e indicata nel Modulo di Adesione, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto di assicurazione.

  L'Assicurato deve ricoprire all'interno dell'Impresa Aderente uno o più dei seguenti ruoli: Socio, Proprietario, Amministratore Delegato, Direttore Generale o Direttore Commerciale.

Il soggetto assicurato deve aver sottoscritto il Modulo di Adesione, nelle parti a lui riservate e deve presentare i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

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

Contraente: Il soggetto che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva con la Società.

Contratto di Mutuo: E' il contratto di Mutuo Ipotecario col quale una parte (mutuante solitamente una banca) consegna all'altra (mutuatario, colui che chiede il mutuo) una determinata quantità di denaro e l'altra si obbliga a restituire, secondo un piano di ammortamento predeterminato, altrettanta quantità di denaro maggiorato degli interessi concordati nel contratto.

Per poter essere assicurati i contratti di Mutuo devono avere una durata compresa tra 60 e 420 mesi, inclusiva di un eventuale periodo di pre-ammortamento di durata massima di 4 mesi.

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

Data Iniziale:

a) **Nel caso di contratto relativo a Mutuo a concedersi:** le ore 24.00 del giorno in cui è erogata a favore dell'Aderente la somma oggetto del Contratto, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.

b) **Nel caso di contratto relativo a Mutuo già in precedenza concesso ed erogato (max 30gg prima)**: le ore 24.00 del giorno in cui è sottoscritto il Modulo di Adesione, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale.

c) **Nel caso di Accollo di Mutuo**: le ore 24.00 del giorno in cui è avvenuto l'Accollo sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione (è possibile assicurare anche le operazioni di Accollo entro 60 giorni dalla data riportata nell'Atto Notarile). La data iniziale è la data riportata nell'Atto notarile di Accollo e l'importo assicurato deve coincidere con il debito residuo alla data dell'Accollo.

d) **Nel caso di Contratto relativo a Mutuo S.A.L**.: le ore 24.00 del giorno in cui è avvenuta l'ultima erogazione della tranche di Mutuo sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio Iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione. E' possibile assicurare le operazioni di Mutuo S.A.L. entro 60 giorni dall'ultima tranche erogata del Mutuo – che coincide con la data di inizio ammortamento.

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

Età Assicurativa: L'età dell'Aderente, espressa in anni interi, arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società, in base alle coperture assicurative di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l'Invalidità Totale Permanente.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

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

Intermediario Collocatore: La Banca Contraente che propone all'Aderente la copertura assicurativa.

Intermediario Gestore: Il soggetto che si occupa della gestione del prodotto.

Invalidità totale permanente da Infortunio o da Malattia

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Aderente, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta. Tale Invalidità Totale Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL all.1 del D.P.R. 30.6.1965 n°1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA". Si precisa che in ogni caso deve

ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione.

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

Massimale: Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie.

Modulo di Adesione: La dichiarazione sottoscritta dall'Aderente e dall'Assicurato (ove i due soggetti non coincidano), per aderire alla Polizza Convenzione Collettiva.

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

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

Periodo di Franchigia Assoluta:
Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

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

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

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

Premio Unico: Importo che l'Aderente si impegna a corrispondere alla Società in soluzione unica, al momento della conclusione del contratto, per la copertura dell'intera durata del mutuo, oppure per la copertura dei primi 5 o 10 anni di durata del mutuo stesso.

Premio Annuo Costante: Importo annuale e costante che l'Aderente si impegna a corrispondere annualmente alla Società, dalla scadenza del periodo di copertura dei primi 5 o 10 anni di durata del mutuo, già precedentemente pagati con Premio Unico.

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.

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

Società o Compagnia: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa - Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In base alla presente Polizza la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo qualora si verifichi un Sinistro, per:

- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA ≥ 60% (*)** (Cfr *Condizioni Particolari del presente Fascicolo Danni*);

- **DECESSO** (Cfr *Fascicolo Informativo Vita*);

A ciascun Aderente, le predette garanzie sono offerte congiuntamente, come parte di un unico pacchetto assicurativo, dove l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia è una garanzia appartenente al Ramo Danni, prestata dalla Compagnia **Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.** e disciplinata nel presente Fascicolo Informativo, mentre il Decesso è una garanzia di Ramo Vita, prestata dalla compagnia **Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.** e disciplinata nell'apposito separato Fascicolo Informativo Vita.

(*) - Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio o Malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

2.1. **In caso di Aderente Persona Fisica**: è assicurabile la persona fisica che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. Sia correntista della Banca Contraente;

2. abbia sottoscritto il Contratto in qualità di mutuatario con la Banca Contraente ed abbia sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa;

3. abbia un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra i 18 e i 65 anni e abbia un'età massima a scadenza della copertura pari a 75 anni;

   Per età si intende "*età assicurativa*" pari all'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di 6 mesi.

4. abbia risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario (QS) fornito dalla Compagnia e, nei casi previsti, venga presentato il Rapporto di Visita Medica (RVM) compilato da un medico, ed effettuato gli accertamenti sanitari richiesti.

   In presenza di specifici parametri è richiesta inoltre la presentazione di ulteriore documentazione sanitaria come meglio disciplinato nell'Art. 27 – Accertamenti sanitari.

ATTENZIONE **– 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 medico, 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.

5. **NON svolga una delle seguenti professioni**: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai 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.

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

- ***Assicurare uno solo dei contestatari***, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del mutuo;

- ***Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di 2)***, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di Assicurabilità di cui Art. 2.1. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata al 50% dell'intero importo del mutuo.

L'Aderente/Assicurato deve avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora l'Aderente/Assicurato nel corso del contratto trasferisse 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.

2.3. **In caso di Aderente Persona Giuridica**: è assicurabile la Persona Fisica/Persona Chiave che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. ricopra all'interno dell'Impresa Aderente sottoscrittrice del Contratto di Mutuo uno dei seguenti ruoli: **Proprietario, Amministratore Delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale**;
2. abbia sottoscritto il Modulo di Adesione, nelle parti a lui riservate;
3. abbia un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra i 18 e i 65 anni e abbia un'età massima a scadenza della copertura pari a 75 anni;

   Per età si intende "età assicurativa" pari all'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di 6 mesi.
4. abbia risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario (QS) fornito dalla Compagnia e, nei casi previsti, venga presentato il Rapporto di Visita Medica (RVM) compilato da un medico, ed effettuato gli accertamenti sanitari richiesti.

In presenza di specifici parametri è richiesta inoltre la presentazione di ulteriore documentazione sanitaria come meglio disciplinato nell'Art. 27 – Accertamenti sanitari.

ATTENZIONE **– 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;

5. **ricopra un ruolo all'interno dell'Impresa Aderente che NON gli faccia svolgere una delle seguenti professioni**: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai 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.

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

- ***Assicurare uno solo soggetto***, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del Mutuo;

- ***Assicurare ciascuna delle persone chiave*** (fino ad un massimo di 2) identificate dall'impresa sottoscrittrice del contratto di Mutuo, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di Assicurabilità sopra esposte. Dovrà essere sottoscritta un Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pro quota la cui somma copre l'intero importo del Mutuo. La percentuale è uguale per ciascun Assicurato.

L'Aderente/Assicurato deve avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora l'Aderente/Assicurato nel corso del contratto trasferisse 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 Aderente Persona Giuridica: Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento IVASS n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Compagnia il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE
In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia, Beneficiario della prestazioni è l'Aderente stesso.
In caso di Aderente Persona Giuridica, deve essere espresso il consenso scritto da parte dell'Assicurato.

Art. 4 – REQUISITI DI ASSICURABILITA' DEL CONTRATTO DI MUTUO
Il contratto di Mutuo, garantito da ipoteca, con il quale la Banca Contraente concede in prestito una determinata somma di denaro all'Aderente, che lo stesso si impegna a restituire alla Banca Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, deve avere le seguenti caratteristiche:

- durata compresa tra i 60 mesi (5 anni) e i 420 mesi (35anni), inclusiva di un eventuale periodo di pre-ammortamento di durata massima pari a 4 mesi;

- un capitale minimo di € 25.000,00 e massimo di € 500.000,00 se monointestato;

- un capitale minimo di € 50.000 e massimo di € 1.000.000 in caso di cointestazione. In caso di cointestazione, possibile solo se il Contratto di Mutuo viene erogato a favore di persone fisiche, il numero complessivo dei cointestatari non potrà essere superiore a 2;

In fase di sottoscrizione del contratto, l'Aderente può richiedere che il capitale assicurato possa coprire, nel rispetto dei limiti previsti, l'importo del mutuo in misura totale (100%) o parzialmente nelle misure predefinite del 75% o 50%.

Oltre ai Mutui Ipotecari di nuova erogazione, sono altresì assicurabili con il presente contratto: Surroghe e Accolli di Mutui Ipotecari.

È inoltre compreso il Mutuo Stato Avanzamento Lavori ("Mutuo S.A.L.")ove tra la prima e l'ultima erogazione del Mutuo – piano di ammortamento - non siano trascorsi più di 18 mesi; in tali casi la copertura decorre dall'erogazione dell'ultima tranche del finanziamento.

Non sono assicurabili: Mutui già in corso di erogazione o già erogati e Mutui diversi e/o non riconducibili alle categorie sopra elencate.

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

Art. 5 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA
Per ogni Aderente, salvo il Periodo di Carenza previsto, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data si stato adempiuto all'obbligo del pagamento dei Premi dovuti fino a tale data e che, in relazione all'Assicurato, risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.1.

L'Assicurazione ha durata pari a quella del contratto di Mutuo, con il minimo di 60 mesi (5 anni) e un massimo di 420 mesi (35 anni), inclusiva dell'eventuale periodo di preammortamento (di durata massima pari a 4 mesi), salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al successivo Art. 7 - Cessazione e Annullamento delle garanzie e fermo quanto previsto dai precedenti Artt. 2 e 4.

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

A fronte dell'applicazione del suddetto sconto l'Aderente, salvo il diritto di recesso di cui all'Art 8, **non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.**

Lo sconto è applicabile al solo premio unico anticipato, restando esclusa l'applicazione di tale sconto alle successive annualità da pagarsi per mezzo di premi annuali.

6.1 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata TOTALE del finanziamento
In caso di estinzione anticipata Totale del Finanziamento, rinegoziazione o trasferimento dello stesso presso altro Istituto, avvenuta:

- nel periodo di copertura assicurata a **PREMIO UNICO ANTICIPATO**:

la Compagnia restituisce all'Aderente la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta esplicita dell'Aderente, mantiene attiva la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria, anche se il mutuo collegato è stato estinto, rinegoziato o trasferito. In tal caso la copertura rimane commisurata all'originale piano di ammortamento.

I premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile
L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il Premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

A tale risultato vengono sottratte spese di rimborso così come indicate nel modulo di adesione.

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

Dove:
R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Mutuo	06/09/2010
Data Scadenza Mutuo	06/09/2015
Data Estinzione Mutuo	25/11/2012
Durata Totale in mesi	60
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	34
Spese di Rimborso	€ 50,00

$$R = 1000 * 34/60 - 50,00€$$
$$R = 566,67 - 50,00$$

R = 516,67

- nel periodo di copertura assicurata a **PREMIO ANNUO COSTANTE**: il contratto cessa alla prima ricorrenza annuale successiva, senza alcuna restituzione di premio.

6.2 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata PARZIALE del finanziamento
In caso di estinzione anticipata Parziale del Finanziamento, avvenuta:

- **nel periodo di copertura assicurata a PREMIO UNICO ANTICIPATO:**

la Compagnia restituisce all'Aderente la quota parte di Premio Unico pagato e non goduto (al netto delle imposte) e la polizza rimane in essere per i valori di capitale/rata protetta corrispondenti a quanto ancora in ammortamento dopo l'operazione di estinzione anticipata parziale.

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta esplicita dell'Aderente, mantiene attiva la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria, anche se il Finanziamento collegato è stato estinto parzialmente. In tal caso la copertura rimane commisurata all'originale piano di ammortamento.

L'importo da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita al Capitale versato per l'estinzione parziale del Contratto di Finanziamento e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione.

PARTE DI PREMIO DANNI - Formula di Rimborso

L'importo da restituire si determina:

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

Dove:

R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
α=percentuale di capitale rimborsato (0;100%)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Dal premio determinato con la regola sopra riportata andranno sottratte le spese amministrative di rimborso pari a **€ 50,00**.

Qualora il premio da rimborsare risultasse inferiore all'ammontare complessivo delle spese amministrative, non sarà previsto alcun rimborso da parte della Compagnia e la copertura assicurativa rimarrà attiva fino alla scadenza originariamente prevista e commisurata all'originario piano di ammortamento.

Esempio:

Premio Imponibile (al netto delle imposte) € 1000,00

% capitale rimborsato	50%
Durata Totale in mesi	120
Mesi di copertura residui	60
Spese di Rimborso	€ 50,00

R = 1000 * (50%*60/120)- 50

R = € 200,00

- **<u>nel periodo di copertura assicurata a PREMIO ANNUO COSTANTE:</u>**

il contratto cessa alla prima ricorrenza annuale successiva, senza alcuna restituzione di premio.

Art. 7 – CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE

La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

1. scadenza originaria del Contratto di Mutuo;

2. esercizio del diritto di recesso, nei casi di cui all'Art. 8;

3. liquidazione, da parte della Compagnia, dell'Indennizzo previsto per il caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia dell'Assicurato.

4. in caso di estinzione anticipata totale, rinegoziazione o trasferimento del Mutuo originariamente stipulato, salvo che l'Aderente richieda la continuazione dell'assicurazione.

5. in caso di interruzione del pagamento del premio annuo costante, qualora l'Aderente abbia scelto la formula di copertura a Premio Unico per i primi 5 o 10 anni del Mutuo e successivo premio annuo. Ai sensi dell'Art. 1924 del Cod. Civ, il contratto si intende risolto di diritto trascorsi 20 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata.

6. La comunicazione da parte dell'Aderente/Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.

ART. 8 – DIRITTO DI RECESSO

<u>8.1 – Recesso entro i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza</u>

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

- **<u>Fax</u>: 045-8391920**

- **<u>Indirizzo</u>: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona**

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

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

Nel caso di recesso esercitato entro **30 giorni** dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale**,** la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Aderente**, senza alcun onere a carico di quest'ultimo.**

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

La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Aderente.

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

L'Aderente ha un'ulteriore facoltà di recedere dal presente contratto, decorso il predetto termine di cui al punto 7.1, dopo che sia trascorso un periodo di 5 anni di copertura completa, ovvero siano state pagate 5 annualità.
Il recesso avrà effetto dalla data di ricevimento della comunicazione, inviata alla Compagnia tramite lettera Raccomandata A.R. o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.) :

- **Fax: 045-8391920**

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

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

8.3 – Rimborso del premio in caso di recesso trascorsi 5 anni di copertura

In caso di Recesso trascorsi i cinque anni di copertura assicurativa, la Compagnia restituisce all'Aderente la parte di premio Danni pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

Il premio da rimborsare viene determinato secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile

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

$$R = P * MR/D$$

Dove:
R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Esempio:

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

R = 1000 * 34/60
R = 566,67

ART. 9 – PREMIO

A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare un importo pari al premio calcolato, secondo le modalità e la forma tariffaria prescelta al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

L'assicurazione prevede, a scelta dell'Aderente, il pagamento di un Premio Unico Anticipato per tutta la durata del Mutuo, oppure il pagamento di un Premio Unico Anticipato per i primi 5 o 10 anni del Contratto di Mutuo e di un premio annuo costante, per le annualità successive, come meglio esplicitato di seguito:

- **PREMIO UNICO ANTICIPATO per tutta la durata del finanziamento:**

L'Assicurazione prevede il pagamento di un premio unico anticipato a copertura dell'intera durata del Mutuo.

Per ogni singolo Assicurato il premio è determinato in relazione all'età assicurativa dello stesso, al capitale assicurato iniziale alla data di decorrenza della copertura (o alla quota parte dello stesso), alle garanzie prestate e alla durata (in mesi) del Mutuo.

Per il pagamento del Premio Unico l'Aderente ha a disposizione i seguenti mezzi di pagamento:
- addebito in conto corrente
-trattenuta all'erogazione: l'importo del Premio è finanziato all'Aderente dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento

Lo sconto applicato al tasso corrisponde al: 1%.

- **PREMIO UNICO ANTICIPATO per i primi 5 o 10 anni di durata del Mutuo + PREMIO ANNUO COSTANTE:**

L'assicurazione prevede, a scelta dell'Aderente, il pagamento di un premio unico iniziale a copertura primi 5 o 10 anni del Contratto di Mutuo.

Nel caso in cui tale Contratto di Mutuo abbia una durata complessiva che preveda frazioni di anno, queste saranno accodate ai 5 o 10 anni e corrisposte nel premio unico iniziale.
Il premio unico è relativo a durate che possono quindi essere comprese tra 60 e 71 mesi o 120 e 131 mesi. Eventuali frazioni di mese vengono considerate un intero mese.

Il premio unico iniziale, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione all'età assicurativa dello stesso, al capitale assicurato iniziale alla data di decorrenza della copertura (o la quota parte dello stesso), alle garanzie prestate e alla durata (in mesi) di riferimento (opzioni 5 o 10 anni).

Per il pagamento del Premio Unico l'Aderente ha a disposizione i seguenti mezzi di pagamento:
- addebito in conto corrente
-trattenuta all'erogazione: l'importo del Premio è finanziato all'Aderente dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento

Successivamente al termine del periodo coperto con Premio Unico, l'Assicurazione prevede il pagamento di un **Premio Annuo Costante** il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione.

Il premio annuo costante, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione all'età assicurativa dello stesso, al debito residuo (o quota parte) che risulta al termine della copertura pagata con il premio unico, alle garanzie prestate e alla durata complessiva del contratto di Mutuo (in mesi).

Il debito residuo o quota parte dello stesso, determinato dalla Compagnia, è calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN e della durata dell'assicurazione, indicati nel Modulo di Adesione.

A titolo esemplificativo nel caso di un Contratto di Mutuo con durata complessiva pari a 134 mesi, è corrisposto premio unico iniziale relativo ad un periodo di 122 mesi e successivamente un premio annuo costante per i 12 mesi rimanenti.

E' prevista la possibilità per l'Aderente di interrompere il pagamento del premio annuo costante, successivo al primo. In caso di mancato pagamento del Premio Annuo Costante, ai sensi dell'Art. 1924 del Cod. Civ, il contratto si intende risolto di diritto trascorsi 20 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata.

Il pagamento del Premio Annuo Costante è previsto tramite SDD (Sepa Direct Debit).

Nel caso in cui il premio sia finanziato il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative. Durante il periodo di preammortamento il debito residuo è costante ovvero non decresce.

Se la durata del Mutuo dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento originario.

ART. 10 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Aderente per il pagamento del Premio Unico Anticipato:

- Addebito in conto corrente

- Trattenuta all'erogazione: l'importo del Premio è finanziato all'Aderente dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento.

Per il pagamento del Premio Annuo Costante l'Aderente ha a disposizione i seguenti mezzi di pagamento:

- SDD (Sepa Direct Debit)

ART. 11 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

Costi di acquisizione, gestione ed incasso DANNI	**Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) - DANNI**
56%	62,5%

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando soltanto il Tasso relativo alla garanzia ITP e ad un'età dell'Assicurato pari a 30 anni.

Esempio – PREMIO UNICO ANTICIPATO:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Capitale Assicurato	€ 100.000,00
Età e dell'Assicurato	30 anni
Durata del Mutuo (mesi)	360 mesi
Durata della copertura (mesi)	360 mesi
Premio Lordo Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 3.430,95**
Premio Netto Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 3.347,27**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 1.874,47
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 1171,54

Esempio – PREMIO UNICO ANTICIPATO e PREMIO ANNUO COSTANTE:

Capitale Richiesto iniziale	€ 100.000,00
Capitale Assicurato	€ 100.000,00
Età e dell'Assicurato	30 anni
Durata del Mutuo (mesi)	360 mesi
Durata totale della copertura (mesi)	360 mesi
PREMIO UNICO ANTICIPATO per i primi 5 o 10 anni di durata del Mutuo	
Durata (opzioni 5 o 10 anni)	**10 anni**

Premio Lordo Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 582,97**
Premio Netto Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 568,75**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 318,15
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 199,06
PREMIO ANNUO COSTANTE al termine del periodo a Premio Unico Anticipato	
Durata	**12 mesi**
Debito residuo alla scadenza dell'opzione a Premio Unico scelta (10 anni)	**€ 75.788,25**
Premio Lordo Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 91,46**
Premio Netto Danni Unico e anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 89,23**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 49,97
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 31,23

ART. 12 - REGIME FISCALE

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

ART. 13 - OBBLIGHI DELL'ADERENTE IN CASO DI SINISTRO

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

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

(*) Compagnia

c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL

Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA)

La documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo:

sinistri.cattolica@legalmail.it

Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

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

Documenti da inviare in caso di sinistro:

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia (ITP):

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e il relativo grado;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta
- Copia del Piano di Ammortamento

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

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

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

ART. 14 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario collocatore si impegna a:

- **consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Aderente, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;**
- **fornire copia del Modulo di Adesione all'Aderente;**
- **fornire alle Compagnie i dati anagrafici e fiscali dell'Aderente/Assicurato;**
- **sottoporre a ciascun Aderente, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali predisposta e resa disponibile da Cattolica Assicurazione Soc. Coop.;**
- **comunicare alla Compagnia tutte le date di estinzione anticipata dei finanziamenti a cui viene abbinata la presente copertura assicurativa.**

ART. 15 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente o del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Aderente e contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

ART. 16 – **ALTRE ASSICURAZIONI**
Resta convenuto che l'Assicurazione può cumularsi con altre Assicurazioni, senza che l'Aderente sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 17 – **COLPA GRAVE, TUMULTI**
A deroga dell'Art. 1912 c.c. sono compresi i Sinistri determinati da tumulti popolari a condizione che l'Aderente non vi abbia preso parte attiva.

ART. 18 – **LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE**
Le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia e Decesso sono valide in tutto il mondo.

ART. 19 – **DIRITTO DI SURROGA**
La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Aderente.

ART. 20 – **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 21 – **COMUNICAZIONI**
Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo fax o raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

Società Cattolica di Assicurazione – Soc. Coop
Lungadige Cangrande,16 -37126 Verona
Fax 045.8391920

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

ART. 22 – **CESSIONE DEI DIRITTI**
L'Aderente non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione.

ART. 23 – RECLAMI
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.354
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.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi IVASS Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma fax 06 42133 206 Pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'Ivass (www.ivass.it - sezione Per i Consumatori – Reclami - "Guida ai reclami"), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.
Il reclamo all'Ivass deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa e dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
Per la risoluzione di 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 della Commissione Europea http://www.ec.europa.eu/fin-net
Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.
Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Art. 24 - FORO COMPETENTE
Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui l'Aderente ha la residenza o ha eletto domicilio.

ART. 25 – ALLEGATI
Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA

ART. 26 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

L'Indennizzo previsto nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia consiste in un importo pari al Debito Residuo, o quota parte dello stesso, alla data della relazione del medico legale che attesti il grado di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60%.

Il debito residuo è determinato dalla Compagnia e calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN e della durata dell'assicurazione, indicati nel Modulo di Adesione.

Ai fini della determinazione del debito residuo o quota parte dello stesso quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento, sarà:

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

Durante l'eventuale periodo di preammortamento il debito residuo è costante (non decresce).

Se la durata del mutuo dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento calcolato dalla Compagnia e allegato al Modulo di Adesione.

ART. 27 – ACCERTAMENTI SANITARI

L'adesione alla presente Assicurazione prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto riportato di seguito:

- Qualora l'importo complessivamente assicurato non sia superiore a 200.000,00 Euro e l'Assicurato abbia un età alla data di decorrenza fino a 60 anni è richiesta la sola compilazione del Questionario Sanitario.

- Se l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza è superiore a 60 anni 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 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, elencati di seguito:

- Analisi completa delle urine ed i seguenti esami del sangue:
- Emocromo completo,
- Colesterolo totale,
- HDL, LDL,
- Trigliceridi,
- Glicemia, Hbs Ag e HCV.
- Elettrocardiogramma con prova da sforzo massimale al cicloergometro secondo protocolli standard e con tracciato completo.

L'Indennizzo massimo previsto per ogni Aderente, è di **Euro 500.000**, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Aderente, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

ART. 28 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La Società liquiderà l'Indennizzo di cui al precedente Art. 27, a condizione che:

1. l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;

2. l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;

3. in caso di Invalidità Totale Permanente **da Malattia**, il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del **Periodo di Carenza di 30 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4;

4. la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Aderente a ricevere l'Indennizzo;

5. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 38.

ART. 29 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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

i. malattie tropicali o epidemiche;

ii. 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'Aderente;

iii. partecipazione attiva dell'Aderente a scioperi, sommosse, tumulti popolari;

iv. operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Aderente.

v. atti volontari di autolesionismo dell'Aderente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;

vi. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

vii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;

viii. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

ix. Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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'Aderente è assegnato a servizio professionale attivo;

x. Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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

xi. Dolo o colpa grave dell'Aderente o del Beneficiario

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Aderente alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Invalidità Totale Permanente sia stata causata da o conseguente a:

i. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente è privo della prescritta abilitazione;

ii. 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 idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;

iii. partecipazione dell'Aderente in competizioni agonistiche e nelle relative prove.

ART. 30 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Aderente e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, 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'Aderente, 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. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. 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.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Gruppo Cattolica Assicurazioni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA A CAPITALE DECRESCENTE NELLE SEGUENTI FORME:

- A PREMIO UNICO
- A PREMIO UNICO INIZIALE LIMITATO E SUCCESSIVAMENTE PREMIO ANNUO COSTANTE

Mutuo Protection

CONVENZIONE COLLETTIVA NUMERO:
Persone Fisiche – PU: 16985 PU+PAC: 16984
Persone Giuridiche - PU: 16987 PU+PAC: 16986

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Pol. 1115-1113-1119-1117 – Ed. aggiornata al 31/05/2017

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA A CAPITALE DECRESCENTE NELLE SEGUENTI FORME:

- A PREMIO UNICO (TARIFFA 4VE2);
- A PREMIO UNICO INIZIALE LIMITATO E SUCCESSIVAMENTE PREMIO ANNUO COSTANTE (4VE1-4PE1).

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

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

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è FACOLTATIVA.

A – INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

1. Informazioni generali

a) Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962, Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378;
b) Sede Legale e Direzione Generale: Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia;
c) Telefono: 0458391111; sito Internet: www.cattolica.it; indirizzo di posta elettronica: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; indirizzo di posta elettronica certificata: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it;
d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 n. 966;
e) Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00012.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2016 ammonta a 1.876 milioni di Euro (capitale sociale: 523 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 1.289 milioni di Euro).
Il margine di solvibilità calcolato secondo i parametri Solvency II (c.d. Ratio patrimoniale) è pari a 2,09 volte il minimo regolamentare richiesto dalla normativa vigente.

B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

3.1 Elenco prestazioni assicurative previste dalla Convenzione Assicurativa Collettiva (garanzie Danni e Vita)

La Convenzione Collettiva offre le seguenti garanzie vita e danni:

Garanzie danni	– Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia ≥60%
Garanzie vita	– Morte

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

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

La durata dell'assicurazione, relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva, è pari a quella del Mutuo, comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento (di durata massima pari a 4 mesi), concesso dall'Ente Erogatore del mutuo a ciascun Assicurato. Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata minima di 60 mesi (5 anni) e massima di 420 mesi (35 anni), salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui all'Art. 8 e fermo restando quanto previsto all'art. 10 (Requisiti soggettivi) e art. 11 – (Durata) delle Condizioni di Assicurazione.

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

Avvertenza: sono previste esclusioni, periodi di sospensione e limitazione della copertura dei rischi; si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
Si invita l'Assicurato a leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla compilazione del Questionario sanitario.

4. Premi
A fronte della prestazione assicurativa, a copertura dell'intera durata del Mutuo, l'Assicurato si impegna a versare i premi secondo la forma tariffaria prescelta al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, con le modalità successivamente previste.

L'intera durata del mutuo è assicurabile secondo le seguenti forme tariffarie:

Nella forma tariffaria a premio unico (4VE2):
il premio unico, a copertura dell'intera durata del mutuo, è in relazione al capitale assicurato iniziale alla decorrenza della copertura, all'età assicurativa alla decorrenza della copertura ed alla durata in mesi della copertura assicurativa.

Nella forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4VE1-4PE1):
Per i primi 5, 10 anni di durata del mutuo, è previsto il pagamento di:

Premio unico iniziale limitato (4VE1): il premio è determinato in relazione al capitale assicurato iniziale alla decorrenza della copertura, all'età assicurativa alla decorrenza della copertura ed alla durata in mesi della copertura assicurativa.
Nel caso in cui il mutuo abbia una durata complessiva che preveda frazioni di anno, queste saranno accodate ai 5 o 10 anni e corrisposte nel premio unico iniziale limitato. Il premio è relativo a durate che possono essere comprese tra 60 e 71 mesi o 120 e 131 mesi. Eventuali frazioni di mese vengono considerate un intero mese.

Successivamente, per la rimanente durata del mutuo, fino alla scadenza dello stesso:

Premio annuo costante (4PE1): il premio è determinato in relazione al capitale assicurato alla scadenza del premio unico iniziale limitato (opzione 60-71 mesi e 120-131 mesi), all'età assicurativa alla decorrenza della copertura ed alla durata in mesi della copertura assicurativa.

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

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

	Costi a carico dell'Assicurato	**Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)**	**Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in valore assoluto)**
Premio unico (4VE2)	50% del premio	70%	602,84 Euro (*)
Premio unico iniziale limitato (4VE1)	50% del premio	70%	387,80 Euro (**)
Premio annuo costante (4PE1)	50% del premio	70%	43,94 Euro (**)

(*) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio pari a 1.722,40 Euro corrispondente ad un Mutuo di 100.000,00 Euro per una durata di 120 mesi stipulato da un Assicurato di 45 anni.

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

Mutuo di 100.000,00 Euro di durata 120 mesi stipulato da un Assicurato di 45 anni al quale corrisponde un premio unico iniziale limitato di 1.108,00 Euro per una durata di riferimento di 60 mesi e un premio annuo costante di 125,53 Euro per una durata residua di 5 anni.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del mutuo, avvenuta:

- **nel periodo di copertura assicurato tramite premio unico (4VE2) o premio unico iniziale limitato (4VE1): la Compagnia restituisce all'Assicurato la quota parte del premio unico pagato e non goduto secondo le modalità definite all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.**
  In alternativa è prevista la facoltà dell'Assicurato di mantenere la copertura assicurativa in essere senza restituzione della quota di premio unico pagato corrispondente.
- **nel periodo di copertura assicurato tramite premio annuo costante (4PE1):**
  - **in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza annuale successiva;**
  - **in caso di estinzione anticipata parziale, viene mantenuta la copertura assicurativa in essere.**

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

C – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

5.1.1 Costi gravanti sul premio

I costi gravanti sul premio unico (4VE2-4VE1) e sul premio annuo costante (4PE1) vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio corrisposto e sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Costi gravanti sul premio	50% del premio

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

5.1.2 Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo, la Compagnia trattiene 50,00 Euro di spese amministrative 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 stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento:

Tabella B

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
Costi gravanti sul premio	50,00%	70,00%
Spese amministrative per il rimborso del premio	50,00 Euro	0,00%

6. Regime fiscale

Imposta sui premi

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

Detraibilità fiscale dei premi

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

Tassazione delle somme assicurate

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

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

D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del contratto

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

8. Riscatto e riduzione

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

9. Diritto di recesso

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

Il recesso si esercita mediante fax al numero 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 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.

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

Per la liquidazione delle prestazioni assicurative in contratto, i soggetti aventi diritto sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione indicata all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione comprensiva dell'apposito modulo di denuncia, reperibile presso la Compagnia o la Banca Contraente, inviandola mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

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

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

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti

termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

11. Legge applicabile al contratto
Al contratto si applica la legge italiana.

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

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma tramite e-mail alla casella di posta elettronica certificata tutela.consumatore@pec.ivass.it, fax al numero 06/42133206 o posta ordinaria, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS (www.ivass.it - sezione Per i Consumatori - Reclami - Guida ai reclami), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

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

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

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

14. Comunicazioni dell'Assicurato alla Compagnia
In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..
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.
In caso di trasferimento di domicilio dell'Assicurato in un altro Stato, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia.

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

16. Conflitto di interessi

La Compagnia si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Compagnia stessa abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.

In ogni caso la Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio all'Assicurato e si impegna a ricercare per l'Assicurato il miglior risultato possibile.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
Paolo Bedoni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA A CAPITALE DECRESCENTE NELLE SEGUENTI FORME:

- A PREMIO UNICO (TARIFFA 4VE2);
- A PREMIO UNICO INIZIALE LIMITATO E SUCCESSIVAMENTE PREMIO ANNUO COSTANTE (4VE1-4PE1).

Art. 1 – Oggetto.
Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva, ad adesione facoltativa, a copertura dell'intera durata di un contratto di Mutuo. Sono assicurabili i mutui ipotecari di nuova erogazione, mutui ipotecari SAL (stato avanzamento lavori), le surroghe di mutui ipotecari e gli accolli di mutui ipotecari. Non sono assicurabili i mutui già in corso di erogazione e diversi dalle categorie sopra elencate.

La copertura dell'intera durata del mutuo può essere prestata tramite il pagamento di premio unico (4VE2) o tramite il pagamento premio unico iniziale limitato (per i primi 5 o 10 anni) e successivamente, per la parte residua di durata del mutuo, tramite il pagamento di un premio annuo costante (4VE1-4PE1). La Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva), prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato come definito all'Art. 6.

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto riportato di seguito:

- qualora l'importo complessivamente assicurato con uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio in capo al singolo Assicurato non sia superiore a 200.000,00 Euro e l'Assicurato abbia un'età alla data di decorrenza fino a 60 anni è richiesta la sola compilazione del Questionario Sanitario.
  In questo caso sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7.
  Nel caso di mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, l'Assicurazione Temporanea in caso di Morte relativa a ciascun singolo Assicurato non produrrà effetti.
  Se l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza è superiore a 60 anni 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 con uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio in capo al singolo 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 con uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio in capo al singolo 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, elencati nella seguente tabella:

Analisi completa delle urine ed i seguenti esami del sangue: – emocromo completo, – colesterolo totale, – HDL, LDL, – trigliceridi, – Glicemia, Hbs Ag e HCV. Elettrocardiogramma con prova da sforzo massimale al cicloergometro secondo protocolli standard e con tracciato completo.

Il capitale di 500.000 Euro deve intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di Finanziamento di cui al presente contratto) che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con lo stesso prodotto con la Compagnia stessa o altre Compagnie del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

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

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

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati.
Il contratto fra Compagnia e Contraente è concluso dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione.

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

La data di decorrenza della copertura non può in ogni caso protrarsi oltre 30 giorni dalla data di erogazione del mutuo.
Per i mutui SAL (Stato avanzamento lavori), la copertura decorre dal momento dell'erogazione dell'ultima tranche del finanziamento; tra prima e ultima tranche di erogazione non possono essere trascorsi più di 18 mesi.

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

Art. 3 – Diritto di recesso.
Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
Il recesso si esercita mediante fax al numero 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 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.

Art. 4 – Il premio.
A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare un importo pari al premio calcolato secondo la forma tariffaria prescelta al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e le modalità riportate nel seguito.

Per ogni singolo Assicurato, il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, in funzione del capitale assicurato, dell'età assicurativa e della durata in mesi, in particolare:

Nella forma tariffaria a premio unico (4VE2):
L'Assicurazione prevede il pagamento di un premio unico anticipato a copertura dell'intera durata del mutuo.
Il premio è determinato in relazione al capitale assicurato iniziale alla decorrenza della copertura, all'età assicurativa alla decorrenza della copertura ed alla durata in mesi della copertura assicurativa.
Il pagamento del premio unico anticipato viene effettuato tramite addebito sul conto corrente intestato all'Assicurato/Aderente ed acceso presso il Contraente.

Nella forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4VE1-4PE1):

- Premio unico iniziale limitato (4VE1): l'Assicurazione prevede il pagamento di un premio unico iniziale a copertura, a scelta dell'Assicurato, dei primi 5 o 10 anni del mutuo. Nel caso in cui tale mutuo abbia una durata complessiva che preveda frazioni di anno, queste saranno accodate ai 5 o 10 anni e corrisposte nel premio unico iniziale. Il premio unico è relativo a durate che possono essere comprese tra 60 e 71 mesi o 120 e 131 mesi. Eventuali frazioni di mese vengono considerate un intero mese.
  Il premio è determinato in relazione al capitale assicurato alla decorrenza della copertura (opzioni 60-71 mesi e 120-131 mesi), all'età assicurativa alla decorrenza della copertura ed alla durata in mesi della copertura assicurativa;
- Premio annuo costante (4PE1): successivamente al termine del periodo coperto con il premio unico iniziale limitato di cui sopra, l'Assicurazione prevede il pagamento di un premio annuo costante il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione.
  Il premio annuo costante è determinato in relazione all'ammontare del debito residuo (o quota parte) che risulta al termine della copertura iniziale pagata con il premio unico iniziale limitato (opzione 60-71 mesi e 120-131 mesi), all'età assicurativa alla decorrenza della copertura ed alla durata in mesi della copertura assicurativa.
  A titolo esemplificativo per una durata complessiva di un mutuo pari a 134 mesi, verrà corrisposto premio unico iniziale limitato relativo ad un periodo di 122 mesi e successivamente un premio annuo costante per i 12 mesi rimanenti.

Il pagamento del premio unico anticipato viene effettuato tramite addebito sul conto corrente intestato all'Assicurato/Aderente ed acceso presso il Contraente. Il pagamento del premio annuo costante viene effettuato tramite SDD (Sepa Direct Debit).

E' prevista la possibilità per l'Assicurato di interrompere il pagamento dei premi successivi al primo. In caso di mancato pagamento del premio annuo costante, ai sensi dell'art. 1924 del Codice Civile, il contratto è risoluto di diritto trascorsi venti giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata.

L'accesso alla forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4VE1-4PE1) è consentito unicamente per Mutui di durata minima 6 anni (72 mesi) o 11 anni (132 mesi).

Il premio unico (4VE2) e premio unico inziale limitato (4VE1) possono essere finanziati. In tale caso il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun Assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative.

Qualora sia stata prescelta la formula tariffaria che prevede un premio unico iniziale limitato e successivamente un premio annuo costante, non è possibile finanziare il premio relativo al periodo assicurato tramite il pagamento del premio annuo costante (4PE2).

Non è possibile finanziare il premio, qualora sia stato richiesto di assicurare l'importo del mutuo erogato in misura parziale (50%-75%).

In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del mutuo, avvenuta:

- nel periodo di copertura assicurato tramite premio unico (4VE2) o premio unico iniziale limitato (4VE1): la Compagnia restituisce all'Assicurato la quota parte del premio unico pagato e non goduto secondo le modalità definite in seguito.
  In alternativa è prevista la facoltà dell'Assicurato di mantenere la copertura assicurativa in essere senza restituzione della quota di premio unico pagato corrispondente.

  L'Assicurato (ovvero congiuntamente tutti gli Assicurati in caso di cointestazione del Contratto di Finanziamento), contestualmente alla data in cui si è verificata l'estinzione anticipata (parziale o totale) o il trasferimento del Contratto di Finanziamento, deve manifestare per iscritto la propria scelta.
  La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato utilizzando l'apposito modulo disponibile presso la Contraente, avendo cura di indicare tutti i riferimenti per la corretta identificazione della posizione, la data dell'operazione sul Contratto di Finanziamento, gli eventuali estremi del Beneficiario e le coordinate del conto corrente di accredito.

- nel periodo di copertura assicurato tramite premio annuo costante (4PE1):
  - in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza annuale successiva;
  - in caso di estinzione anticipata parziale, viene mantenuta la copertura assicurativa in essere.

Dall'importo del premio da rimborsare, determinato con la regola sotto riportata, la Compagnia trattiene un costo fisso pari a 50,00 Euro.

Estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento
L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro (*) e quella relativa ai costi gravanti sul premio di riferimento.

L'importo del premio puro (*) da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita all'importo versato per l'estinzione parziale del contratto di finanziamento, del tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento e del periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

(*) Il premio puro è riferito all'importo versato per l'estinzione parziale.

La Compagnia provvede anche alla restituzione della parte dei costi riferiti all'importo di premio di cui sopra.

L'importo da restituire si determina:

1. Calcolando il premio di riferimento come segue:

PVitaRif = CapVer * i

Dove:
PVitaRif = premio di riferimento
CapVer = importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale
Pvita = importo indicato nel Modulo di Adesione e pari al premio unico iniziale versato dall'Assicurato
Capitale Assicurato Iniziale = importo indicato nel Modulo di Adesione e pari alla prestazione assicurata iniziale

2. Sommando i risultati delle seguenti formulazioni:

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

Dove:
H = costi sul premio
N = durata della copertura assicurativa di riferimento del premio unico (4VE2) o del premio unico iniziale limitato (4VE1) espressa in mesi interi
K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza del premio unico (4VE2-4VE1) alla data di estinzione anticipata parziale del finanziamento
Z = durata totale della copertura espressa in mesi interi (per la tariffa di premio unico 4VE2 il valore Z coincide con N)
J = tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del Mutuo

Dall'importo di rimborso determinato con la modalità sopra riportata, sono sottratte le spese amministrative pari a € 50,00 così come previsto all'Art. 9.2. **Qualora l'importo risulti inferiore a € 50,00, non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimarrà commisurata alle condizioni previste.**

Per una maggiore comprensione, si riportano due esemplificazioni numeriche del meccanismo di calcolo:

Esempio n°1
Copertura assicurata tramite premio unico (4VE2):
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 100.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 2.207,40 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 2.207,40 / 100.000,00 = 0,02207

Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento = 5.000,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 5.000,00 * 0,02207 = 110,35 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 110,35 Euro
H = 50,00%
N = 240 mesi
K = 60 mesi
Z = 240 mesi
J = 3%
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro

Rimborso del premio puro: 110,35 *(1- 50,00%) * [(240-60)/240] *[1-(1+3%/12)^-(240-60)] / [1-(1+3%/12)^-240] = 33,23 Euro
Rimborso dei costi: 110,35 * 50,00% * [(240-60)/240] = 41,38 Euro
Importo del premio da rimborsare = 33,23 + 41,38 – 50,00 = 24,61 Euro

Esempio n°2
Copertura assicurata tramite premio unico (4VE2):
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 100.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 2.207,40 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 2.207,40 / 100.000,00 = 0,02207
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento = 2.500,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 2.500,00 * 0,02207 = 55,18 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 55,18 Euro
H = 50,00%
N = 240 mesi
K = 60 mesi
Z = 240 mesi
J = 3%
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro

Rimborso del premio puro: 55,18*(1- 50,00%) * [(240-60)/240] *[1-(1+3%/12)^-(240-60)] / [1-(1+3%/12)^-240] = 16,62 Euro
Rimborso dei costi: 55,18 * 50,00% * [(240-60)/240] = 20,69 Euro
Importo del premio da rimborsare = 16,62 + 20,69 – 50,00 = - 12,69 Euro

Poiché l'importo di rimborso risulta inferiore alle spese amministrative previste; non sarà effettuato alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimane commisurata alle condizioni in essere.

Esempio n°3
Copertura assicurata tramite premio unico iniziale limitato (4VE1):
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 100.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 1.301,10 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 1.301,10 / 100.000,00 = 0, 01301
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento = 10.000,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 10.000,00 * 0,01301 = 130,10 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 130,10 Euro
H = 50,00%
N = 60 mesi
K = 12 mesi

Z = 240 mesi
J = 3%
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro

Rimborso del premio puro: 130,10 * (1- 50,00%) * [(60-12)/60] *[1-(1+3%/12)^-(240-12)] / [1-(1+3%/12)^-240] = 50,11 Euro
Rimborso dei costi: 130,10 * 50,00% * [(60-12)/60] = 52,04 Euro
Importo del premio da rimborsare = 50,11 + 52,04 – 50,00 = 52,15 Euro

A seguito dell'estinzione parziale del mutuo, si riduce di conseguenza anche l'importo del premio annuo costante.
In riferimento all'esemplificazione sopra riportata, l'importo di premio annuo costante da corrispondere per 15 annualità è pari a 276,25 Euro in luogo di 306,94 Euro.

Esempio n°4
Copertura assicurata tramite premio unico iniziale limitato (4VE1):
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 100.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 1.301,10 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 1.301,10 / 100.000,00 = 0,01301
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento = 4.000,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 4.000,00 * 0,01301 = 52,04 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 52,04 Euro
H = 50,00%
N = 60 mesi
K = 12 mesi
Z = 240 mesi
J = 3%
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro

Rimborso del premio puro: 52,04 * (1- 50,00%) * [(60-12)/60] *[1-(1+3%/12)^-(240-12)] / [1-(1+3%/12)^-240] = 20,04 Euro
Rimborso dei costi: 52,04 * 50,00% * [(60-12)/60] = 20,82 Euro
Importo del premio da rimborsare = 20,04 + 20,82 – 50,00 = -9,14 Euro
Poiché l'importo di rimborso risulta inferiore alle spese amministrative previste non sarà effettuato alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimane commisurata alle condizioni in essere.

Estinzione anticipata totale o trasferimento del Contratto di Finanziamento
L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro e quella relativa ai costi gravanti sul premio.

L'importo del premio puro da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita al capitale assicurato residuo, del tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento e del periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

La Compagnia provvede anche alla restituzione della parte dei costi riferiti all'importo di premio di cui sopra.

L'importo di tale rimborso si determina sommando i risultati delle seguenti formulazioni:

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

Rimborso dei costi: PVita * H * ((N-K) / N)

Dove:
PVita = premio versato
H = costi sul premio

N = durata della copertura assicurativa di riferimento del premio unico (4VE2) o del premio unico iniziale limitato (4VE1) espressa in mesi interi
K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza del premio unico (4VE2-4VE1) alla data di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo
Z = durata totale della copertura espressa in mesi interi (per la tariffa di premio unico 4VE2 il valore Z coincide con N)
J = tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del Mutuo

Dall'importo di rimborso determinato con la modalità sopra riportata, sono sottratte le spese amministrative pari a € **50,00** così come previsto all'Art. 9.2. **Qualora l'importo risulti inferiore a € 50,00, non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimarrà commisurata alle condizioni previste.**

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

Esempio n°1
Copertura assicurata tramite premio unico (4VE2):
PVita = 1.722,40 Euro
H = 50%
N = 120 mesi
K = 60 mesi
Z = 120 mesi
J = 3%
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro
Rimborso del premio puro: 1.722,40 * (1-50%) * [(120-60) / 120] *[1-(1+3%/12)^-(120-60)] / [1-(1+3%/12)^-120] = 231,40 Euro
Rimborso dei costi: 1.722,40 * 50% * [(120-60) / 120] = 430,60 Euro
Importo del premio da rimborsare = 231,40 + 430,60 - 50,00 = 612,00 Euro

Esempio n°2
Copertura assicurata tramite premio unico iniziale limitato (4VE1):
PVita = 1.108,00 Euro
H = 50%
N = 60 mesi
K = 36 mesi
Z = 120 mesi
J = 3%
Spese per il rimborso del premio = 50,00 Euro
Rimborso del premio puro: 1.108,00 * (1-50%) * [(60-36) / 60] *[1-(1+3%/12)^-(120-36)] / [1-(1+3%/12)^-120] = 161,94 Euro
Rimborso dei costi: 1.108,00 * 50% * [(60-36) / 60] = 221,60 Euro
Importo del premio da rimborsare = 161,94 + 221,60 - 50,00 = 333,54 Euro

Art. 5 – Dichiarazioni dell'Assicurato.
L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di impugnare il contratto, informandone il Contraente, dichiarando all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere il premio.

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

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, qualora l'Assicurato avesse 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.

Art. 6 – Capitale assicurato.
In fase di sottoscrizione del contratto, l'Assicurato può richiedere che il capitale assicurato possa coprire, nel rispetto dei limiti previsti, l'importo del mutuo in misura totale (100%) o parzialmente nelle misure predefinite del 75% o 50%.

L'importo di capitale assicurabile per singola adesione, ha un limite minimo pari a 25.000,00 Euro e massimo 500.000,00 Euro.

Non è possibile assicurare mutui che hanno un importo erogato superiore al capitale massimo assicurabile: 500.000,00 Euro per singola testa assicurata. In caso di cointestazione l'importo massimo è pari a 1.000.000,00.

Nel caso in cui il Contratto di mutuo sia sottoscritto congiuntamente da due o più mutuatari (Persona Fisica), si applica quanto segue:

- Assicurare uno solo dei contestatari, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di due). Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile.

Nel caso in cui il Contratto di mutuo sia sottoscritto da un'Impresa Aderente (Persona Giuridica) con più *Key Man* assicurabili, si applica quanto segue:

- Assicurare un solo *Key Man*, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del Mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuno dei *Key Man* (fino ad un massimo di 2) identificati dall'Impresa sottoscrittrice del contratto di Mutuo. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di essi; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile.

Il capitale assicurato è determinato sulla base del contratto di mutuo stipulato dall'Assicurato ed è pari al debito residuo, o alla quota parte dello stesso (anche in caso di eventuale cointestazione) come sotto definito, quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato.
Il debito residuo, o quota parte dello stesso, determinato dalla Compagnia, è calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN, della durata dell'assicurazione e dell'eventuale periodo di preammortamento indicati nel Modulo di Adesione.

In caso di estinzioni parziali del Contratto di Finanziamento che hanno generato restituzioni di quote di premio unico pagato e non goduto all'Assicurato, il capitale assicurato è conseguentemente ridotto.
Durante l'eventuale periodo di preammortamento il debito residuo è costante (non decresce).

Relativamente alla forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4VE1-4PE1): il capitale assicurato iniziale coperto tramite il pagamento del premio annuo costante, è pari all'ammontare del debito residuo (o quota parte dello stesso) che risulta al termine della copertura iniziale pagata con il premio unico.

Se la durata del mutuo dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento originario, allegato al Modulo di Adesione.

Il premio unico (4VE2) e premio unico iniziale limitato (4VE1) possono essere finanziati. In tale caso il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun Assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative.

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 qualora l'Assicurato abbia sottoscritto il solo Questionario Sanitario e per un'età fino a 60 anni. Se l'età dell'Assicurato è superiore a 60 anni è inoltre richiesta la presentazione del rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;

- 300.000,00 Euro qualora l'Assicurato abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e presentato il rapporto di visita medica da parte di un medico e l'analisi completa delle urine;

- 500.000,00 Euro qualora l'Assicurato abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e presentato il rapporto di visita medica da parte di un medico ed altri accertamenti sanitari richiesti, come indicato all'Art. 1.

Il capitale di 500.000 Euro deve intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di Finanziamento di cui al presente contratto) che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con lo stesso prodotto con la Compagnia stessa o altre Compagnie del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

In caso di mutui con importo erogato superiore al capitale assicurato (50% o 75% dell'importo erogato), in caso di sinistro per morte, la Compagnia liquiderà un capitale quantificato applicando al residuo del debito in linea capitale (così come risultante dal contratto di mutuo) la percentuale convenuta in fase di sottoscrizione. Tale percentuale è indicata nel Modulo di Adesione.

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

Qualora sia già stato liquidato un indennizzo per la garanzia ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato.

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

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

1. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
2. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
3. **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
4. **suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla data di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;**
5. **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.);**
6. **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;**
7. **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 idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
8. **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
9. **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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;

10. **malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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;**
11. **dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;**
12. **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.**

Art. 7.1 – Condizioni di Carenza

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

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

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

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

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

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

La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- scadenza originaria del singolo Contratto di Mutuo;
- esercizio del diritto di recesso;
- trasferimento del domicilio dell'Aderente/Assicurato in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi;
- pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
- in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento (ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio unico o unico iniziale limitato pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale) del Mutuo originariamente stipulato;
- in caso di interruzione del pagamento del premio annuo costante (qualora sia stata prescelta la formula tariffaria che prevede un premio unico iniziale limitato e successivamente il pagamento di premio annuo costante). Ai sensi ai sensi dell'art. 1924 del Codice Civile, il contratto è risoluto di diritto trascorsi venti giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata.

Art. 9 – Costi.
Art. 9.1 – Costi sul premio
I costi gravanti sul premio unico (4VE2-4VE1) e sul premio annuo costante (4PE1) vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio corrisposto e sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Costi gravanti sul premio	50% del premio

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Art. 9.2 – Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata (parziale o totale), rinegoziazione o di trasferimento del Mutuo
In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del Mutuo, la Compagnia trattiene 50,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato a titolo di spese amministrative.

* * *

Nella Tabella B di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento:

Tabella B

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
Costi gravanti sul premio	50,00%	70,00%
Spese amministrative per il rimborso del premio	50,00 Euro	0,00%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.
E' assicurabile la persona fisica che:
- abbia stipulato il Contratto di Mutuo con l'Intermediario;
- abbia un'età*(*)*, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 e 65 anni;
- abbia un'età*(*)* massima, a scadenza della copertura, pari a 75 anni;
- abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbia sottoscritto il Questionario Sanitario (QS) e, nei casi previsti, venga presentato il Rapporto di Visita Medica (RVM) compilato da un medico, ed effettuato gli accertamenti sanitari richiesti.

(*) Per "età" si intende "età assicurativa" pari all'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.

Sono assicurabili anche le persone giuridiche, in tal caso l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica che ricopre il ruolo di *Key Man* nell'Impresa Aderente come: Amministratore Delegato, Proprietario, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale.

Avvertenza: resta inteso che la Compagnia ha diritto:
- **di rifiutare il pagamento della somma assicurata, qualora l'Assicurato avesse 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.**

Per quanto relativo alla durata della copertura assicurativa in caso di Morte si rimanda inoltre a quanto previsto dall'Art. 11.

Nel caso in cui il Contratto di mutuo sia sottoscritto congiuntamente da due o più mutuatari (Persona Fisica), si applica quanto segue:
- Assicurare uno solo dei contestatari, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di due). Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna

persona è assicurata un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile.

Nel caso in cui il Contratto di mutuo sia sottoscritto da un'Impresa Aderente (Persona Giuridica) con più *Key Man* assicurabili, si applica quanto segue:

- Assicurare un solo *Key Man*, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del Mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile;
- Assicurare ciascuno dei *Key Man* (fino ad un massimo di 2) identificati dall'Impresa sottoscrittrice del contratto di Mutuo. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di essi; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo del mutuo con il limite del capitale massimo assicurabile.

Il Contraente e L'Aderente/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, relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva, è pari a quella del Mutuo, comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento (di durata massima pari a 4 mesi), concesso dall'Ente Erogatore del mutuo a ciascun Assicurato. Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata minima di 60 (5 anni) e massima di 420 mesi (35 anni), salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al precedente Art. 8 e fermo restando quanto previsto dal precedente Art. 10.

Nella forma tariffaria a premio unico (4VE2): l'intera durata del mutuo è assicurata tramite un premio unico anticipato.

Nella forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4VE1-4PE1): l'intera durata del mutuo è assicurata tramite:

- un premio unico iniziale limitato, a copertura dei primi 60-71 o 120-131 mesi del mutuo. Nel caso in cui tale mutuo abbia una durata complessiva che preveda frazioni di anno, queste saranno accodate ai corrisposte nel premio unico iniziale limitato. Il premio unico iniziale limitato è relativo a durate che possono essere comprese tra 60 e 71 mesi o 120 e 131 mesi. Eventuali frazioni di mese vengono considerate un intero mese.
- un premio annuo costante, a copertura del periodo residuo, a partire dalla scadenza della validità del un premio unico iniziale limitato, fino alla conclusione del mutuo.
  A titolo esemplificativo per una durata complessiva di un mutuo pari a 134 mesi, verrà corrisposto premio unico iniziale relativo ad un periodo di 122 mesi e successivamente un premio annuo costante per i 12 mesi rimanenti.

L'accesso alla forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4VE1-4PE1) è consentito unicamente per Mutui di durata minima 6 anni (72 mesi) o 11 anni (132 mesi).

La data di decorrenza della copertura non può in ogni caso protrarsi oltre 30 giorni dalla data di erogazione del mutuo.
Per i mutui SAL (Stato avanzamento lavori), la copertura decorre dal momento dell'erogazione dell'ultima tranche del finanziamento; tra prima e ultima tranche di erogazione non possono essere trascorsi più di 18 mesi.
In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del mutuo, avvenuta:

- nel periodo di copertura assicurato tramite premio unico (4VE2) o premio unico iniziale limitato (4VE1): nel caso in cui l'Assicurato abbia chiesto la continuazione della copertura assicurativa, la durata resta commisurata all'originario piano di ammortamento;

- nel periodo di copertura assicurato tramite premio annuo costante (4PE1):
  - in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza annuale successiva;

- in caso di estinzione anticipata parziale, viene mantenuta la copertura assicurativa in essere.

Art. 12 – Conflitto di interessi.
La Compagnia si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Compagnia stessa abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.
In ogni caso la Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio all'Assicurato e si impegna a ricercare per l'Assicurato il miglior risultato possibile.

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

In caso di decesso:
- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario 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 il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
    - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e 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.

- 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;
- una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo alla data del decesso, dovuto a fronte del Contratto di mutuo.

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.

Il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari.
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 dall'Assicurato e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – 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 presso cui è stato stipulato il contratto.
Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.
In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiario sono gli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.
L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.
La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Art. 15 – Imposte e tasse.
Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico dei Beneficiari.

Art. 16 – Foro competente.
Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 17 – Prescrizione.
I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Art. 18 – Legge applicabile al contratto.
Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

Adeguata verifica della clientela

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

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

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

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

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

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

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

Assicurato

Ciascuna delle persone fisiche, fino ad un massimo di due, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto e sottoscritto il Modulo di Adesione e presenti i requisiti soggettivi di cui all'Art. 10 del presente contratto di assicurazione

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dall'Assicurato 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

Il soggetto che stipula Convenzione Assicurativa Collettiva con la Società.

Contratto

Contratto di Mutuo Ipotecario con il quale una parte (mutuante, solitamente una banca) consegna all'altra (mutuatario, colui che chiede il Finanziamento) una determinata quantità di denaro e l'altra si obbliga a restituire, secondo un piano di ammortamento predeterminato, altrettanta quantità di denaro maggiorato degli interessi concordati nel contratto.
Possono essere assicurati esclusivamente: Mutui ipotecari di nuova erogazione,

	Mutui ipotecari Sal, Surroghe di mutui ipotecari, Accolli di mutui ipotecari. Non sono assicurabili: Mutui già in corso di erogazione e diversi dalle categorie sopra elencate
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.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Età assicurativa	L'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.
Fascicolo informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: – Nota Informativa; – Condizioni di Assicurazione, – Glossario; – Modulo di proposta.
Garanzia assicurativa	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.
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

da Infortunio	infortunio abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%.
ISVAP	Vedi "IVASS".
IVASS	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Compagnia deve consegnare al Contraente e agli Assicurati prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Premio unico	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto, per la copertura dell'intera durata del mutuo.
Premio unico iniziale limitato	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto, per la copertura dei primi 5 o 10 anni di durata del mutuo.
Premio annuo costante	Importo costante che l'Assicurato si impegna a corrispondere annualmente, dalla scadenza del periodo di copertura alla Compagnia dal momento della scadenza del periodo assicurato tramite il premio unico iniziale limitato.
Premio puro	Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Compagnia con il contratto di assicurazione. E' la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.
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.

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

Rischio demografico Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurativa.

Scadenza Data in cui cessano gli effetti del contratto.

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

Società (di assicurazione) 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.

Modulo di Proposta
Garanzia Vita
Mutuo Protection

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

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Proposta

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

Luogo e data _____

Società Cattolica di Assicurazione –
Società Cooperativa
(firma leggibile)
_____

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)
_____

Fac simile

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Polizza

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

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

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

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)

_____

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

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)

_____

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario.
In particolare, 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 medico, 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.
Diritto di recesso. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 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 Gestione Collettive – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.
A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni. Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza. Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.
L' Assicurato si impegna a produrre il proprio certificato di nascita, se richiesto dalla Compagnia.

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione consegnategli. Accetta integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.
Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Luogo e data:

Società Cattolica di Assicurazione –
Società Cooperativa
(timbro e firma leggibili)

_____

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

_____

Fac simile

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Proposta

MODALITA' DI PAGAMENTO

Nella forma tariffaria a premio unico (4VE2) il pagamento del premio unico anticipato verrà corrisposto alla Compagnia medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui l'incasso del premio tramite addebito sul conto corrente dell'Assicurato.
Nella forma tariffaria a premio unico iniziale limitato e successivamente a premio annuo costante (4VE1-4PE1) il pagamento del premio unico anticipato verrà corrisposto alla Compagnia medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui l'incasso del premio tramite addebito sul conto corrente dell'Assicurato.
Nel medesimo modulo di Adesione l'Assicurato conferirà apposito incarico alla Banca Contraente affinché effettui l'incasso dei successivi premi annui costanti tramite SDD (Sepa Direct Debit).

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
(timbro e firma leggibili)

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)

Luogo e data _____ _____ _____

Fac-Simile

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA
Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante al Fascicolo Informativo/Prospetto d'offerta

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

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

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