Contratto di assicurazione del credito

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: Società Cattolica di Assicurazione **Prodotto: "Prestito Protetto New1 – Danni"**

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

Che tipo di assicurazione è?
Questa polizza, riservata ai clienti della Banca di Credito Popolare di Torre del Greco, tutela le persone fisiche che hanno sottoscritto un prestito in caso di Infortuni, Malattia e Perdite pecuniarie.

Che cosa è assicurato?

- ✓ **Coperture assicurative:** la polizza, a seconda dell'occupazione dell'Assicurato alla data di sottoscrizione, prevede un indennizzo in caso di sinistro, per:
  - ✓ Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia: se l'Assicurato è un lavoratore autonomo;
  - ✓ Perdita di impiego: se l'Assicurato è un lavoratore dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico;
  - ✓ Malattia grave: se l'Assicurato è un lavoratore dipendente di impresa familiare o non lavoratore;
  - ✓ Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 66%: per tutti gli Assicurati.

Pertanto, a seconda dell'occupazione dell'Assicurato alla data di sottoscrizione, le coperture sono prestate nei seguenti pacchetti:

Pacchetto Lavoratore dipendente pubblico o privato:
- Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 66%;
- Perdita di impiego;
- Decesso.

Pacchetto Lavoratore autonomo:
- Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 66%;
- Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia;
- Decesso.

Pacchetto Non lavoratore o Lavoratore dipendente di impresa familiare:
- Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 66%;
- Malattia grave;
- Decesso.

La garanzia Vita che copre il decesso è descritta nell'apposita sezione Ramo Vita del Set Informativo.

Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile la persona fisica che:
- × 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
- × non sia correntista della Banca di Credito Popolare di Torre del Greco
- × non abbia sottoscritto il contratto di finanziamento con il Contraente e / o non abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione alla copertura assicurativa in oggetto;
- × non abbia un'età, alla sottoscrizione del modulo di adesione, inferiore a 18 o superiore a 74 anni e che abbiano un'età massima a scadenza della copertura superiore 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);
- × se Lavoratore dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico: qualora non svolga un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali;
- × per importi finanziati maggiori o uguali a 7.500 euro: sono escluse persone che non abbiano risposto correttamente a tutte le domande e sottoscritto il questionario sanitario fornito dalla Compagnia;
- × non abbia il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto.

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

Ci sono limitazioni alla copertura?

! Il prestito è assicurabile se sono rispettate le seguenti caratteristiche:
- durata compresa tra i 10 mesi e i 120 mensili
- capitale massimo di € 80.000,00
- rata massima mensile assicurabile € 1.600

! L'indennizzo in caso di infortunio o malattia può prevedere l'applicazione di franchigie e periodi di carenza previsti dalla polizza.

- etilismo, stato di ebbrezza, 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;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- malattie tropicali o epidemiche;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;
- atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo.

Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia, Malattia grave - Sono esclusi danni derivanti da:
- 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.);
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua normale attività lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici.

Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia, Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 66% - Sono esclusi danni derivanti da;
- pratica di sport pericolosi;
- partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

! Perdita di impiego – L'indennizzo non viene corrisposto se:
- ! L'Assicurato ha interrotto la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente di ente privato, nel corso dei 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, per un periodo superiore a 2 settimane;
- ! Al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima perdita di impiego;
- ! Alla perdita di impiego fa immediatamente seguito il pensionamento o prepensionamento;
- ! Al momento del sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria normale attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro subordinato regolato dalla legge italiana;
- ! L'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- ! Il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;
- ! La perdita di impiego è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendenti dalla volontà dell'Assicurato;
- ! La perdita di impiego è conseguente alla naturale scadenza del contratto di lavoro;
- ! L'assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato;
- ! L'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- ! La risoluzione del rapporto di lavoro è avvenuta a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza.

! Vi sono inoltre le seguenti condizioni:
- ! Inabilità totale temporanea da infortunio o malattia: l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, dev'essere nella totale incapacità fisica di attendere alla normale attività lavorativa;
- ! Invalidità totale permanente da infortunio o malattia: deve essere riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio o della malattia, inoltre la Compagnia deve aver accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Assicurato a ricevere l'indennizzo.

Dove sono coperto dall'assicurazione?

✓ Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, Perdita di impiego, Malattia grave: la copertura vale nella Repubblica Italiana;
✓ Invalidità totale permanente: non ha limiti territoriali.

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

Che obblighi ho?

- L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa.
- L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio: 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.
- Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale originaria, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia. Le situazioni che da tale mutamento occupazionale possono causare l'aggravamento del rischio, ove non comunicate alla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini previsti.

Quando e come devo pagare?

L'Assicurato deve versare il premio unico anticipato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Il premio unico e anticipato è determinato in relazione all'occupazione dell'Assicurato, alle garanzie prestate e all'ammontare del capitale finanziato. Il pagamento avviene mediante trattenuta all'erogazione.

Quando inizia e quando finisce la copertura?

- Salvo il periodo di carenza previsto per le singole coperture, l'assicurazione decorre dalla data iniziale, sempre che a tale data sia stato pagato il premio dovuto, fino alla fine del contratto di finanziamento. L'assicurazione ha durata minima pari a 10 mesi e durata massima pari a 120 mesi (inclusivi di un eventuale pre-ammortamento). Il contratto può quindi avere durata poliennale.
- Le garanzie cessano alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:
  - Liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso di decesso o invalidità totale permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato;
  - In caso di perdita di impiego, al raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico;
  - Esercizio del diritto di recesso;
  - Estinzione anticipata totale, rinegoziazione o trasferimento del finanziamento originariamente stipulato, salvo che l'Assicurato richieda la continuazione dell'assicurazione;
  - Alla 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 libera prestazione di servizi.

Come posso cancellare il contratto?

L'Assicurato può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A/R o altro mezzo idoneo, o altro mezzo idoneo, da inviarsi:

- entro 60 giorni dalla data di decorrenza o dalla data iniziale;
- dopo 5 anni di copertura completa, ovvero siano state pagate almeno 5 annualità

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

Assicurazione temporanea in caso di morte a premio unico e a capitale decrescente

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

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Prodotto: Prestito Protetto New1

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

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

Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza collettiva ad adesione facoltativa temporanea in caso di morte a premio unico e a capitale decrescente. L'adesione a questa polizza è facoltativa e non indispensabile per ottenere il finanziamento.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- ✓ *Prestazione in caso di decesso: la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza dell'Assicurazione relativa all'Assicurato.*
- ✓ *La somma assicurata:*
  - ✓ *Il capitale assicurato è determinato sulla base di un Contratto di Finanziamento stipulato dall'Assicurato ed è pari al debito residuo o alla quota parte dello stesso, quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato.*
- ✓ *Il capitale assicurato non può essere maggiore di 80.000,00 euro, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia stessa o altre Compagnie.*

Che cosa NON è assicurato?

- × *Il Contratto di Finanziamento di cui alla presente copertura assicurativa può avere una durata minima di 10 mesi e massima di 120 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura per il caso morte pari a 75 anni non compiuti.*

Ci sono limiti di copertura?

- ! *È esclusa dall'oggetto dell'Assicurazione la morte causata da:*
  - ! *Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;*
  - ! *Partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;*
  - ! *Guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;*
  - ! *Suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;*
  - ! *Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);*
  - ! *Etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;*
  - ! *Pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;*
  - ! *Volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;*
  - ! *Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;*

- ! *Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;*
- ! *Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;*
- ! *Svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.*

! *Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo Multirischi.*

Dove vale la copertura?

✓ *Non vi sono limiti territoriali alla copertura.*

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

- *L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.*
- *L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Adesione.*
- *L'adesione all'Assicurazione Temporanea in caso di morte prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato tramite la sottoscrizione del Questionario Sanitario. Nel caso di mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, l'Assicurazione Temporanea in caso di morte relativa all'Assicurato non produrrà effetti.*
- *In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che il Contraente e/o i Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo Multirischi.*
- *Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:*
  - *Trasferimento di domicilio dell'Assicurato in uno stato estero, eventualmente intervenuto in corso di contratto;*
  - *Trasferimento di residenza dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea eventualmente intervenuto in corso di contratto;*
  - *Modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto.*
- *Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo Multirischi.*

Quando e come devo pagare?

- *A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.*
- *Il premio unico relativo all'Assicurato è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale finanziato e alla durata della copertura assicurativa.*
- *Il premio verrà corrisposto alla Compagnia dall'Assicurato il quale conferirà apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché trattenga dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del finanziamento, il premio unico dovuto per tutta la durata del finanziamento stesso.*
- *Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo Multirischi.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- *La durata dell'Assicurazione, relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla polizza collettiva, corrisponde a quella dell'ammortamento del Contratto di Finanziamento concesso dall'Ente Erogatore del finanziamento a ciascun Assicurato.*
- *L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Finanziamento concesso a ciascun Assicurato, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia sottoscritto il Modulo di Adesione. Qualora il premio unico non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.*
- *Il Contraente e l'Assicurato devono avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.*
- *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 Finanziamento;*
  - *Pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte;*
  - *Estinzione anticipata totale o di trasferimento (ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale)*

- *del Finanziamento originariamente stipulato.*
- *Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo Multirischi.*

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

- *L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. In tal caso la Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.*
- *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.*

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI × NO

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

Assicurazione del credito

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi)

Società: Società Cattolica di Assicurazione

Prodotto: Prestito Protetto New1

Data di realizzazione: 01/01/2019 – Il presente DIP aggiuntivo multirischi è l'ultimo disponibile.

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

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

Imprese:

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

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

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

- Per l'assicurazione danni: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, iscritta nell'Albo delle Società Coop. al n. A100378. Lungadige Cangrande; n.16; cap 37126; città Verona; tel. 045 8 391 111; sito internet www.cattolica.it; email: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n° 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n° 019.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- *Del Patrimonio Netto è pari a 1.815 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 523 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.287 milioni di euro);*
- *Del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 953 milioni di euro (a);*
- *Del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 429 milioni di euro;*
- *Dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 2.422 milioni di euro (b)*
- *Dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 2.031 milioni di euro.*

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,54 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/idcorporate.

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, si forniscono le seguenti precisazioni relative alle diverse garanzie offerte.

A ciascun Assicurato le garanzie sono offerte congiuntamente, come parte di un unico pacchetto assicurativo, dove l'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o da Malattia, la Perdita di Impiego, la Malattia Grave e l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da malattia ≥66% sono garanzie appartenenti al ramo Danni, prestate dalla Compagnia Società Cattolica di Assicurazioni – Società Cooperativa, mentre il Decesso è una garanzia di ramo Vita, prestata dalla Compagnia Società Cattolica di Assicurazioni – Società Cooperativa.

Ramo Vita:

- 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.
- Ai fini della determinazione del capitale assicurato, il debito residuo quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento sarà:
  - Dedotto dalle rate insolute risultanti alla data del decesso dell'Assicurato, degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e delle spese e/o delle eventuali commissioni accessori;
  - Maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima scadenza delle rate fino al momento del decesso dell'Assicurato.
- Il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

Rami Danni:

L'impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione e nella scheda di polizza.

Esempio: Garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Malattia Grave: indennizzo massimo mensile per ogni Assicurato di euro 1.600,00. Tale limite è da intendersi come massimale cumulativo per tutti i contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.
Esempio: Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia: indennizzo massimo mensile per ogni assicurato di euro 800,00. Tale limite è da intendersi come massimale cumulativo per tutti i contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

Sono compresi i Sinistri determinati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia

L'indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.
Per ogni sinistro il primo Indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni. Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.

Perdita di Impiego

L'indennizzo previsto nel caso di Perdita di Impiego consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.
Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni. Gli indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego.
Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Rate Protette, e un massimo di 36 Rate Protette nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.
In caso di sinistro occorso a lavoratori con contratto a tempo Determinato o con contratto avente comunque un termine naturale di scadenza, il diritto al percepimento dell'Indennizzo cessa alla data di scadenza del contratto di lavoro originariamente prevista; conseguentemente non verranno indennizzate le Rate relative al periodo successivo all'originaria data di scadenza del contratto di lavoro, anche in caso di persistenza, oltre tale data, dello stato di Perdita di Impiego.

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

Malattia Grave
L'indennizzo corrisposto nel caso di Malattia Grave consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.
Per ciascun Sinistro la Società liquiderà, in un'unica soluzione e in via anticipata un Indennizzo pari a 12 Rate Protette, o il numero delle rate protette quanto sono le rate mancanti alla scadenza del Finanziamento.
Sono indennizzabili sino a 3 Malattie Gravi dell'Assicurato (36 Rate Protette) tra quelle indicate in Polizza, diverse l'una dall'altra, diagnosticate nel corso della durata dell'Assicurazione.
Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non è indennizzabile una Malattia Grave già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo.

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia
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 66%.
L'indennizzo previsto nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve alla Banca Contraente alla data della relazione del medico legale che attesti l'Invalidità Totale Permanente, così come calcolato dalla Banca Contraente in base alle condizioni del Contratto e deducendo da tale importo le rate scadute ed eventualmente non pagate a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.
Gli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data della relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data di comunicazione di tale evento, saranno rimborsati dalla Società fino ad un massimo di due mesi di interessi.
Si precisa che il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.
Qualora sia già stato liquidato un Indennizzo per Malattia Grave, pari a 12 Rate in un'unica soluzione e l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla diagnosi della patologia, dal calcolo del Debito Residuo saranno dedotte le Rate già corrisposte in riferimento alla Malattia Grave e al medesimo periodo temporale.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alle diverse garanzie offerte.* **Ramo Vita:** non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. **Rami Danni:** **Malattia Grave** Dalla garanzia sono esclusi: - Carcinomi in situ, degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stazio di Clarcke; - Sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative ai limiti di copertura delle garanzie offerte.

Ramo Vita:

Condizioni di Carenza:
- Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 30 giorni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto a Malattia, il capitale assicurato non sarà pagato.

Rami Danni:

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia
Il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi indennizzo è escluso nei casi in cui l'Inabilità Totale Temporanea sia causata da o conseguente a pratica di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida,

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

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 da trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni.

Malattia Grave
L'infermità dovuta ad Ictus Cerebrale è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza e dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

Il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Malattia Grave sia stata causata da o conseguente a:
- Interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;
- Partecipazione dell'Assicurato, alla guida o come passeggero, di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- Cardiopatia a seguito della quale residui una frazione di eiezione (FE) superiore al 40%.

Dopo la liquidazione di un Sinistro per Malattia Grave, nessun Indennizzo verrà corrisposto per i successivi Sinistri per Malattia Grave se non sia trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi. Il Periodo di Riqualificazione decorre dalla data in cui, in base al piano di ammortamento del Finanziamento, è dovuta la dodicesima Rata indennizzata per Malattia Grave

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:
- 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.);
- Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanzia 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 al servizio professionale attivo;
- Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- Partiche 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, salta da trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante.

Perdita di Impiego
Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro	**Denuncia di sinistro:** **Ramo Vita:** 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:

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

	- 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 o di trasferimento del finanziamento:
	- Richiesta dell'Assicurato e, qualora richiesto dalla Compagnia, idonea documentazione che attesti l'estinzione anticipata o il trasferimento del finanziamento.
	
	In caso di decesso:
	- Richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dai Beneficiari indicante il debito residuo al momento del decesso, dovuto a fronte del Contratto di Finanziamento. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolute o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie;
	- Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
	- Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
	- Certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
	- Relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
	- Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
	  - In presenza di testamento:
	  - Nel caso in cui i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
	  - L'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
	  - In assenza di testamento:
	  - Le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
	  Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;
	- Dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
	- In caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
	- In caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia;
	- Una dichiarazione del Contraente che indichi il debito residuo al momento del decesso, dovuto a fronte del Contratto di Finanziamento originariamente stipulato.
	
	<u>La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).</u>
	<u>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.</u>
	Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta,

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

la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.
La documentazione completa dovrà essere inviata dal Contraente 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.

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

Per dare avviso scritto di Sinistro l'Assicurato o i suoi familiari devono compilare l'apposito modulo, reperibile presso la Società o la Banca Contraente, e devono inoltrarlo alla Società: c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL – Via Volta, 5/4 – 48018 Faenza (RA) tramite raccomandata A/R nei tempi di cui sopra unitamente alla documentazione richiesta.

In alternativa la documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo: sinistri.cattolica@legalmail.it numero telefonico: 02.83440579 e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

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

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

Documenti da inviare in caso di sinistro:

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o 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;

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):
- Copia del documento di identità, o altro documento, attestante la data di nascita;
- Certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale;
- I successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato medico alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea);
- Ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

Perdita di Impiego (PI)
- Copia di un documento di identità;
- Copia del libretto di lavoro (o della scheda professionale);
- Copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- Copia di un documento comprovante l'iscrizione alla lista di collocamento o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- Attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita di Impiego.

Malattia Grave (MG)
- Copia di un documento di identità;
- Attestazione di un medico che certifichi la diagnosi di Malattia Grave, corredata dalla documentazione medica necessaria;
- Ogni documentazioni inerente il sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.

L'Assicurato, i suoi familiari ed 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 ed eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

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

	Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.
	Prescrizione: **Ramo Vita:** 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. **Rami Danni:** Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

	Liquidazione della prestazione:
	
	Ramo Vita:
	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.
	In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario titolare del Contratto di Finanziamento. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.
	Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.
	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 Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
	- Di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.
	
	Rami Danni:
	- Se l'Assicurato o i suoi familiari hanno compilato il modulo di denuncia di sinistro in tutte le sue parti e allegato tutta la documentazione richiesta la Compagnia/Società fiduciaria provvederà, entro 30 giorni, alternativamente a:
	  - Emettere il pagamento;
	  - Rigettare il sinistro con comunicazione motivata indirizzata all'Assicurato.
	- Se l'Assicurato o i suoi familiari hanno compilato il modulo di denuncia sinistro privo della documentazione richiesta la Compagnia/Società fiduciaria entro 10 giorni richiederà i documenti mancanti con lettera di 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.
	
	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;
	- La Compagnia ha diritto 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 da quella di cui al punto precedente.
	- 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;
	- Ove anche un Sinistro si verifichi prima della scadenza del Periodo di Assicurazione, nessun indennizzo sarà dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di Assicurazione qualora il relativo periodo di Franchigia Assoluta termini dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione;
	- Qualora alla scadenza del Periodo di Assicurazione perduri un Sinistro per Inabilità Totale

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

	Temporanea, per Perdita di Impiego o per Malattia Grave, nulla sarà più dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione per il periodo successivo alla suddetta scadenza, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un Indennizzo prima della scadenza e la data della scadenza stessa. Condizioni per la liquidazione del Sinistro per il caso di **Inabilità Totale Temporanea**: Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore autonomo e che sia Lavoratore Autonomo alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi a condizione che, in aggiunta a quanto già indicato nel DIP Vita: - L'inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione; - 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. Condizioni per la liquidazione del Sinistro per il caso di **Perdita di Impiego** Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Privato e che sia Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Privato alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi a condizione che, in aggiunta a quanto già indicato nel DIP Vita: - La Perdita di Impiego si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione; - La data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data di scadenza del Periodo di Carenza pari a 90 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace. Condizioni per la liquidazione del Sinistro per il caso di **Malattia Grave** Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Non Lavoratore o come Lavoratore Dipendente di Impresa familiare e che sia Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Impresa familiare alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi a condizione che, in aggiunta a quanto già indicato nel DIP Vita: - La Malattia Grave si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione; - 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; - Il Sinistro sia ascrivibile ad una delle Malattie Gravi indicate nelle Condizioni di assicurazione. Condizioni per la liquidazione del Sinistro per il caso di **Invalidità Totale Permanente** La Società liquiderà all'Assicurato l'Indennizzo a condizione che, in aggiunta a quanto già indicato nel DIP Vita: - L'infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione; - 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.
	Gestione da parte di altre imprese: <u>Società Fiduciaria</u>: dopo aver ricevuto il modulo di denuncia di 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.
	Assistenza diretta/in convenzione: non presente
Dichiarazioni inesatte o reticenti	**<u>Ramo Vita</u>:** L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa: A) HA DIRITTO, QUANDO L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: - Di impugnare il contratto, informandone il Contraente, dichiarando all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - Di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;

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

	- Di trattenere il premio. B) HA DIRITTO, QUANDO L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: - Di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - Di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; Di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente. **Rami Danni:** 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 e reticenti, ai sensi degli artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

Quando e come devo pagare?

Premio

Ramo Vita: non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Rami Danni: Ciascun Assicurato paga solo il premio relativo alle coperture a lui prestate in base al suo effettivo status occupazionale.

L'importo di premio unico anticipato si ottiene applicando il Tasso di Premio Lordo Mensile, secondo quanto indicato nella tabella sotto riportata, moltiplicato per l'intera durata del Finanziamento:

Status Occupazionale Assicurato	Tasso di Premio Lordo Mensile
Lavoratore Autonomo	0,02685%
Lavoratore Dipendente Pubblico/Privato	0,06352%
Non Lavoratore Lavoratore Dipendente di impresa familiare	0,04652%

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

Il pagamento del premio verrà corrisposto alla Società dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente affinché trattenga dall'importo erogato, contestualmente all'erogazione del finanziamento, il premio unico anticipato dovuto per tutta la durata del finanziamento stesso. La Società conferisce alla Banca Contraente mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato a favore della Società.

Lo sconto applicato corrisponde all'1%.

Rimborso

Ramo Vita:

- In caso di recesso del singolo Assicurato esercitato entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni, la Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.
- In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia restituisce all'Assicurato la quota parte del premio unico pagato e non goduto. In alternativa è prevista la facoltà dell'Assicurato di mantenere la copertura assicurativa in essere senza restituzione della quota parte di premio unico pagato e non goduto.
  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

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

	anticipata (parziale e 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. - Estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento: l'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è corrisposto 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. La Compagnia provvede anche alla restituzione della parte di costi riferiti all'importo di premio di cui sopra. Dall'importo di rimborso sono sottratte le spese amministrative pari a 25,00 euro. Qualora l'importo risulti inferiore ai suddetti 25,00 euro non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimarrà commisurata alle condizioni previste. - 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. Dall'importo di rimborso sono sottratte le spese amministrative pari a 25,00 euro. Qualora l'importo risulti inferiore ai suddetti 25,00 euro, non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato. **Rami Danni:** Rimborso del Premio per estinzione anticipata Totale del finanziamento: in caso di estinzione anticipata totale, rinegoziazione o trasferimento del Finanziamento presso altro istituto, la Compagnia restituisce all'Aderente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. 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, come indicate nel Modulo di Adesione. Rimborso del Premio per estinzione anticipata Parziale del Finanziamento: in caso di estinzione anticipata Parziale del Finanziamento, 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. 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. Dal premio determinato con la regola sopra riportata andranno sottratte le spese amministrative di rimborso pari a €25,00. 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.
Sconti	**Ramo Vita**: non sono previsti sconti. **Rami Danni:** il contratto ha durata poliennale ed è previsto uno sconto sul premio come previsto dall'Art. 1899 del Codice Civile. A fronte dell'applicazione del suddetto sconto l'Assicurato, salvo il diritto di recesso, non può recedere dal contratto per i primi 5 anni di durata contrattuale.

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	**Ramo Vita:** il Contratto di Finanziamento di cui alla presente copertura può avere una durata minima di 10 mesi e massima di 120 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura per il caso morte pari a 75 anni non compiuti. Tale durata comprende: - Il periodo di differimento dell'ammortamento con esclusivo pagamento degli interessi; - Lo sblocco successivo dei fondi; - Il periodo di attesa di sblocco dei fondi 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 **Rami Danni:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	**Ramo Vita:** non è prevista la possibilità di sospendere il contratto. **Rami Danni:** non prevista.

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

Revoca	**Ramo Vita:** non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. **Rami Danni**: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Recesso	**Ramo Vita:** 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. **Rami Danni:** Recesso entro i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza: La richiesta di recesso deve essere invita alla Compagnia o alla Banca Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia: - Fax: 045-8391920 - Indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona. La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta, per il tramite del Contraente o direttamente dall'Assicurato, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, senza alcun onere a carico di quest'ultimo. Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dalla data di

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

	ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia. Recesso durante la vigenza del contratto – trascorsi 5 anni di copertura: 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. In caso di Recesso trascorsi i 5 anni di copertura assicurativa, la Compagnia restituisce al debitore/Assicurato la parte di premio Danni pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.
Risoluzione	**Ramo Vita*:*** non sono presenti modalità di risoluzione oltre a quanto previsto per legge. **Rami Danni**: non prevista.

A chi è rivolto questo prodotto?

Ramo Vita: Il prodotto è destinato a Coloro che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento presso l'intermediario e abbiano al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione un'età compresa tra i 18 e i 74 anni.

Ramo Danni: Il prodotto è destinato a coloro che abbiano stipulato il Contratto di Finanziamento con la Banca Contraente, siano correntisti della medesima, abbiano un'età compresa tra 18 e 74 anni e vogliano coprirsi dal rischio di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego, Malattia Grave e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia ≥66%.

Quali costi devo sostenere?

Ramo Vita*:*

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

- ***Costi gravanti sul premio***

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

Durata della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
Qualsiasi	50,00% del premio

- ***Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento del finanziamento***

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

- ***Costi per il riscatto***

Non sono presenti costi per il riscatto.

- ***Costi per l'erogazione della rendita***

Non sono presenti costi per l'erogazione della rendita

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

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

Non sono presenti costi per l'esercizio delle opzioni.

Per tutti i rami:

- ***Costi di intermediazione***

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

Provvigioni percepite in media degli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
60,00%

- ***Costi dei PPI***

Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

Rami Danni:

- **Costi di intermediazione**

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	30%

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI X NO

Valori di riscatto e riduzione	**Ramo Vita**: *non sono previsti riscatti e riduzioni.*
Richiesta di informazioni	**Ramo Vita**: *non applicabile.*

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	**Ramo Vita:** 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. **Rami Danni:** 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

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

	soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: **ivass@pec.ivass.it** Info su: **www.ivass.it**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	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. **Obbligatoria per poter proporre l'azione giudiziale**.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. **Facoltativa.**
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	**Ramo Vita:** 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.** **Rami Danni:** Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante. **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia** Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata dell'Inabilità Totale Temporanea, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. **Malattia Grave** Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della Malattia oppure sulla durata della stessa, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente,

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

	la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' 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.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Ramo Vita:** 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 dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni. **Rami Danni:** I premi relativi alle garanzie Danni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2.5%.

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO UNICO PAGATO E RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

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

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

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

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

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

PRESTITO PROTETTO NEW1

Convenzione Collettiva Numero: 540

Prestazioni assicurate da:

Società Cattolica di Assicurazione
Società Cooperativa

Le presenti Condizioni di Assicurazione
Ed. 01/01/2019, devono essere consegnate unitamente ai Documenti Informativi Precontrattuali:

- **DIP Danni, Ed. 01/01/2019**
- **DIP Vita, Ed. 01/01/2019**
- **DIP aggiuntivo multirischi, Ed. 01/01/2019**

Edizione aggiornata al 01/01/2019

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

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

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

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

Contraente: Banca di Credito Popolare Soc. Coop. a.r.l, che stipula il contratto di assicurazione per conto dei propri clienti.

Contratto/ Finanziamento: Il Contratto con il quale la Banca Contraente concede in prestito una somma predeterminata di importo massimo pari a Euro 80.000,00, che dovrà essere restituita alla Banca Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, inclusivo di un eventuale pre-ammortamento, e di durata complessiva compresa tra i 10 e i 120 mesi (inclusivi di un eventuale pre-ammortamento), e in relazione al quale la Società concede l'Assicurazione di cui al presente contratto di assicurazione.

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

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

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

Perdita di Impiego: Lo stato dell'Assicurato, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione, il quale sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico, qualora egli:

- **a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;**
- **b) sia iscritto negli elenchi anagrafici, o percepisca un'indennità derivante da trattamento di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.**

Ente Privato: ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico: ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

Inabilità Totale Temporanea: La perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazioni.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società, in base 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, l'Inabilità Totale Temporanea.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

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

Intermediario Collocatore: Banca di Credito Popolare Soc. Coop. a.r.l

Invalidità totale permanente da Infortunio o Malattia

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio, 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 dell'Assicurato sia pari o superiore al 66% 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.

Istituto di Cura

Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Lavoratore Autonomo:

la persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio, senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, e che deve presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito di lavoro dipendente o pensione.

Lavoratore Dipendente Privato:

la persona fisica che presti il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro

dipendente di diritto italiano, a tempo indeterminato o determinato, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore.

Lavoratore Dipendente Pubblico:
la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, a tempo indeterminato o determinato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300, i lavoratori nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato cosi come da L. 70/1975.

Lavoratore di Impresa Familiare:
il lavoratore che – in qualità di coniuge, parente entro il terzo grado o affine entro il secondo del datore di lavoro – presta la propria attività lavorativa in modo continuativo e con vincolo di subordinazione come dipendente privato di un'impresa familiare. Ai fini della presente Polizza Collettiva, per "Impresa Familiare" si intende l'attività economica alla quale collaborano in modo continuativo il coniuge, i parenti entro il terzo grado o affini entro il secondo.

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

Malattia Grave:
I casi di Tumore, Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto d'organo.

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

Non Lavoratore:
la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati non lavoratori, i pensionati.

Normale Attività Lavorativa: : L'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

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

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

Periodo di Franchigia Assoluta: Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro dovuto a Inabilità Totale Temporanea o Perdita di Impiego, in relazione al quale, pur in

presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

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

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

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

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

Rata Protetta:

L'importo mensile, fissato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e ivi indicato. Detto importo, comprensivo di capitale e interessi, è calcolato dalla Compagnia con modalità in parte diverse da quelle applicate dal Contraente nel piano di ammortamento della rata dovuta dall'Assicurato alla Banca Contraente stesso in base al Contratto, mantenendo peraltro nel ricalcolo la periodicità mensile anche nel caso in cui la rata sia stata contrattualmente concordata con periodicità trimestrale o semestrale.

L'importo protetto della rata rimarrà costante anche nel caso di modifiche dell'effettiva rata del finanziamento da rimborsare che dovesse mutare nel tempo per effetto della naturale variazione del criterio di indicizzazione, qualora il finanziamento sia a tasso indicizzato e non fisso o eventualmente del concorrere di altre variabili descritte nel contratto di finanziamento medesimo.

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

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1. **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:**

   INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo - (Sezione A delle Condizioni Particolari);

   PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico - (Sezione B delle Condizioni Particolari);

   MALATTIA GRAVE dell'Assicurato che sia Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Impresa Familiare - (Sezione C delle Condizioni Particolari)

   INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato, qualunque sia la sua Attività Lavorativa - (Sezione D delle Condizioni Particolari);

2. **Pertanto, a seconda dello status occupazionale dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, le coperture Danni prestate a ciascun Assicurato sono le seguenti:**

Lavoratore Dipendente Pubblico o Privato:

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66% (*)** **Perdita di Impiego** **Decesso**

Lavoratore Autonomo:

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66% (*)** **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia** **Decesso**

Non Lavoratore o Lavoratore Dipendente di Impresa Familiare:

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66% (*)** **Malattia Grave** **Decesso**

(*) **- 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 66%.**

3. **A ciascun Assicurato, le predette garanzie Danni sono offerte congiuntamente, come parte di un unico pacchetto assicurativo, alla garanzia di ramo vita per il caso di Decesso dell'Assicurato, prestata dalla compagnia Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop.. Le garanzie Danni sono disciplinate nel presente Set Informativo, mentre la garanzia Vita è disciplinata nell'apposita sezione Ramo Vita del presente Set Informativo.**
4. **All'Assicurato sono prestate le coperture che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, corrispondono al suo effettivo status occupazionale, in base alla tabella sopra riportata. Ciascun Assicurato, pertanto, paga solo il Premio relativo alle coperture a lui prestate in base al sui effettivo status occupazionale.**
   In caso di cambiamento di status occupazionale dell'Assicurato stesso in corso di contratto, si applica quanto previsto al successivo Art. 12.

Art. 2 – PERSONE ASSICURABILI

2.2. È assicurabile la persona fisica che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. **abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento con il Contraente e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa;**
2. **sia di età non inferiore ai 18 anni né superiore ai 74 anni (non compiuti) al momento della sottoscrizione del Finanziamento, fermo restando che l'età massima a scadenza del Finanziamento è di 75 anni (non compiuti);**
3. **qualora sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di ente Pubblico: svolga un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali;**
4. **Per importi finanziati < € 7.500: la Compagnia ritiene di non procedere con alcuna valutazione dello stato di salute della persona assicurabile mediante questionario e di conseguenza la Compagnia non prevede nessuna esclusione di garanzia connessa ad eventuali patologie pregresse.**
5. **Per importi finanziati ≥ € 7.500: la persona fisica che abbia risposto correttamente a tutte le domande e sottoscritto il Questionario Sanitario fornito dalla Compagnia.**

   <u>ATTENZIONE</u> - 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
6. **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.**

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

Assicurare uno solo dei cointestatari, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del finanziamento;

Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di finanziamento (fino ad un massimo di due), 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 finanziamento.

L'Aderente deve avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora l'Aderente 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.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Malattia Grave Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato.

Art. 4- DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Per ogni Assicurato, salvo il periodo di Carenza previsto per le singole garanzie, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data sia stato adempiuto all'obbligo del pagamento del 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 Finanziamento, secondo l'originale piano di ammortamento, con una durata minima pari a 10 mesi ed una durata massima pari a 120 mesi (inclusivo di un eventuale pre- ammortamento).

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

A fronte dell'applicazione del suddetto sconto l'Assicurato, salvo il diritto di Recesso di cui all'Art 7, non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

Art. 5 - RIMBORSO DEL PREMIO

5.1 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata TOTALE del finanziamento

In caso di estinzione anticipata totale, rinegoziazione o trasferimento del Finanziamento presso altro Istituto, la Compagnia restituisce all'Aderente la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

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 Prestito	**06/09/2010**
Data Scadenza Prestito	**06/09/2015**
Data Estinzione Prestito	**25/11/2012**
Durata Totale in mesi	**60 26 34**
Mesi di copertura trascorsi	**25,00€**
Mesi di copertura residui	
Spese di Rimborso	

R = 1000 * 34/60 - 25,00€
R = 566,67 – 25,00
R = 541,67

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, rinegoziato o trasferito. In tal caso la copertura rimane commisurata all'originale piano di ammortamento.

5.2 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata PARZIALE del finanziamento
In caso di estinzione anticipata Parziale del Finanziamento, 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.

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 * α*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 € 25,00.

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.
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.

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	**€ 25,00**

R = 1000 * (50%*60/120)- 25

R = € 225,00

Art. 6 – DISDETTA CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE
Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

1. **liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.**
2. **per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico.**
3. **in caso di esercizio del diritto di recesso, nei casi di cui all'Art. 7;**
4. **in caso di estinzione anticipata totale, rinegoziazione o trasferimento del Finanziamento originariamente stipulato, salvo che l'Assicurato richieda la continuazione dell'assicurazione.**

5. **La comunicazione da parte dell'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. 7 – DIRITTO DI RECESSO

7.1 – Recesso entro i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza

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

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

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

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

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

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

La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

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

L'Assicurato 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 o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.) :

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

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

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

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

Il premio da rimborsare viene determinato secondo la seguente formula:

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).

Dove: R = P * MR/D R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento

Esempio:

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

R = 1000 * 34/60
R = 566,67
R = 566,64

Art. 8 – PREMIO

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

Il Premio unico e anticipato, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione allo Status Occupazionale dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, alle garanzie prestate e all'ammontare del capitale finanziato del Contratto.

L'importo di Premio unico anticipato si ottiene applicando il Tasso di Premio Lordo Mensile, secondo quanto indicato nella Tabella sotto riportata, moltiplicato per l'intera durata del Finanziamento:

Lavoratore Autonomo	
Lavoratore Dipendente Pubblico/Privato	
Non Lavoratore	
Lavoratore Dipendente di impresa familiare	

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

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

Lo sconto applicato al tasso corrisponde al: 1%

Art. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

Trattenuta all'erogazione: l'importo del premio è finanziato all'Assicurato dalla Banca Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo richiesto dal Cliente.

Art. 10 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

incasso DANNI	(quota parte dei costi) - DANNI
44,00%	68,18%

Il tasso di premio è espresso in % del Capitale Finanziato. La frazione di mese viene considerata un intera mensilità.

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando un Tasso mensile Lordo danni dello 0,06352%.

Per il tasso danni è stato considerato, sempre a titolo esemplificativo lo Status Occupazionale di Lavoratore Dipendente e quindi la garanzia Perdita di Impiego e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia):

	€ 10.000,00
	€ 10.396,28
	Qualunque
	60 mesi (5 anni)

durata della copertura	
della copertura	
(in valore assoluto)	**€ 170,11**
(in valore assoluto)	**€ 115,98**

Art. 11 - REGIME FISCALE

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

Art. 12 – AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO - MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale originaria, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario.

Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare i documenti si faccia riferimento all'Art. 21 – COMUNICAZIONI.

Le situazioni che da tale mutamento occupazionale possono causare l'aggravamento del rischio ove non comunicate alla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini , previsti dall'art.1898 cod. civ. e fermo restando quanto previsto all'ultimo comma del citato articolo.

Nel caso in cui la modifica della condizione occupazionale (anche nel caso di diminuzione del rischio) dell'Assicurato benché comunicata sia tale da comportare una variazione dei presupposti in base ai quali la copertura era stata pattuita, la Società provvederà, a far data dal ricevimento della comunicazione, a risolvere il contratto (Parte Danni) e alla restituzione del relativo premio pagato e non goduto al netto delle imposte secondo le modalità previste all'Art. 5

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

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

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

(*) 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

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del Sinistro e inoltrarlo alla Società non oltre il 60esimo giorno dal termine del precedente periodo di 30 giorni.
La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di assicurazione.

Documenti da inviare in caso di sinistro:

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o 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.**

In caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):

- **copia del documento di identità, o altro documento, attestante la data di nascita;**
- **certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale;**
- **i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato medico alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea);**
- **ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.**

In caso di Perdita di Impiego (PI):

- **copia di un documento di identità;**
- **copia del libretto di lavoro (o della scheda professionale);**
- **copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;**
- **copia di un documento comprovante l'iscrizione alla lista di collocamento o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;**
- **attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita di Impiego.**

In caso di Malattia Grave (MG):

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

L'Assicurato, i suoi familiari od eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte, i suoi familiari od eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.
Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

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

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

Art. 14 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario collocatore si impegna a:

- **consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;**
- **fornire copia del Modulo di Adesione all'Assicurato;**
- **fornire alle Compagnie i dati anagrafici e fiscali dell'Assicurato;**
- **sottoporre all'Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile da Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa.**
- **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'Assicurato o della Banca Contraente 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 Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

Art. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che l'Assicurazione può cumularsi con altre Assicurazioni, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

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

Art. 18 – LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE
I limiti territoriali delle singole garanzie offerte con la presente Polizza sono riportati negli articoli. "Esclusioni" riferiti ad ogni specifica sezione: Art. 28 Esclusioni per il Caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Art. 33 Esclusioni per il Caso di Perdita di Impiego, Art. 37 Esclusioni per il Caso di Malattia Grave. Il rischio di Invalidità Totale Permanente è coperto senza limiti territoriali.

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

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

Art. 21 – COMUNICAZIONI
Tutte le comunicazioni fra la Banca Contraente o l'Assicurato e la Società, con riferimento al presente contratto di assicurazione, dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata A.R., telegramma o telefax ai seguenti indirizzi:

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

se Banca di Credito Popolare Soc. Coop. a.r.l: Corso V. Emanuele, 92/100 - 80059 Torre del Greco

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

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

Art. 23 – RECLAMI
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto 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 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 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'Assicurato ha la residenza o ha eletto domicilio.

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Sezione A

ASSICURAZIONE INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta per i Lavoratori Autonomi

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

L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni.

Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.

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

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di Euro 1.600,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

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

Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore Autonomo e che sia Lavoratore Autonomo alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 26, a condizione che:

1. **l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;**
2. **l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia temporaneamente nella totale incapacità fisica di attendere alla Normale Attività Lavorativa;**
3. **il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 30 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA;**
4. **il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 28.**

ART. 28 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITA' TOTALE TEMPORANEA

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

i. **malattie tropicali o epidemiche;**
ii. **etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
iii. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**

iv. **operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato.**
v. **atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;**
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. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
ix. **Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;**

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui l'Inabilità Totale Temporanea sia stata causata da o conseguente a :
i. **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
ii. **le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;**
iii. **mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;**
iv. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
v. **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;**
vi. **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.**

ART. 29 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 90 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 30 – CONTROVERSIE

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

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione B

ASSICURAZIONE PERDITA DI IMPIEGO

La garanzia è offerta ai Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici e/o Privati

ART. 31 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

L'Indennizzo previsto nel caso di Perdita di Impiego consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego dal termine del periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni.
Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Rate Protette, e un massimo di 36 Rate Protette nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.
In caso di sinistro occorso a lavoratori con contratto a tempo Determinato o con contratto avente comunque un termine di naturale scadenza, il diritto al percepimento dell'Indennizzo cessa alla data di scadenza del contratto di lavoro originariamente prevista; conseguentemente non verranno indennizzate le Rate relative al periodo successivo alla originaria data di scadenza del contratto di lavoro, anche in caso di persistenza, oltre tale data, dello stato di Perdita di Impiego.
L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di Euro 1.600,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

ART. 32 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Privato e che sia Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Privato alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 31, a condizione che:

1. **La Perdita di Impiego si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;**
2. **la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data di scadenza del Periodo di Carenza pari a 90 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA;**
3. **il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33.**

ART. 33 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Perdita di Impiego se:

l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico, in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola,

eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;

al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita di Impiego, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;

alla Perdita di Impiego faccia immediatamente seguito il pensionamento o pre-pensionamento;

al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro subordinato regolato dalla legge italiana;

l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;

il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;

la Perdita di Impiego è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendente dalla volontà dell'Assicurato;

la Perdita di Impiego è conseguenza della naturale scadenza del contratto di lavoro;

l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'Assicurazione è operante);

l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;

risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;

ART. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni.

SEZIONE C

ASSICURAZIONE MALATTIA GRAVE

La garanzia è offerta ai NON Lavoratori e ai Lavoratori Dipendenti di Impresa familiare

ART. 35 – INDENNIZZO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

L'Indennizzo previsto nel caso di Malattia Grave consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà, in un'unica soluzione e in via anticipata un Indennizzo pari a 12 Rate Protette, o il numero delle rate protette quante sono le rate mancanti alla scadenza del Finanziamento.

Sono indennizzabili sino a tre Malattie Gravi dell'Assicurato (36 Rate Protette), tra quelle elencate al successivo Art. 36, diverse l'una dall'altra, diagnosticate nel corso della durata dell'assicurazione.

Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non è indennizzabile una Malattia Grave già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo.

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di Euro 1.600,00, limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

ART. 36 - CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Non Lavoratore o come Lavoratore Dipendente di Impresa familiare e che sia Non Lavoratore o come Lavoratore Dipendente di Impresa familiare alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 35, a condizione che:

1. **La Malattia Grave si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;**
2. **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. **il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 37.**
5. **Il Sinistro sia ascrivibile ad una delle Malattie Gravi definite successivamente:**

1) <u>Tumore</u>

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

2) <u>Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare</u>

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

3) Infarto Miocardico

Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
storia del dolore cardiaco tipico;
comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;

modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.

4) Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

5) Insufficienza renale

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

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

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

ART. 37 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

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

i. **malattie tropicali o epidemiche;**
ii. **etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
iii. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
iv. **operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato**
v. **atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;**
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. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
ix. **Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;**
x. **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
xi. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**

xii. **le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;**

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

i. **interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;**

ii. **lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;**

iii. **partecipazione dell'Assicurato, alla guida o come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;**

iv. **Cardiopatia a seguito della quale residui una frazione di eiezione (FE) superiore al 40%.**

ART. 38 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione di un Sinistro per Malattia Grave nessun Indennizzo verrà corrisposto per i successivi Sinistri per Malattia Grave se non sia trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi.

Il Periodo di Riqualificazione decorre dalla data in cui, in base al piano di ammortamento del Finanziamento, è dovuta la dodicesima Rata indennizzata per Malattia Grave.

ART. 39 – CONTROVERSIE

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

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

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

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

Sezione D

ASSICURAZIONE INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta a tutti gli Assicurati

ART. 40 – 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 in linea capitale che l'Assicurato deve alla Banca Contraente alla data della relazione del medico legale che attesti l'Invalidità Totale Permanente, così come calcolato dalla Banca Contraente in base alle condizioni del Contratto e deducendo da tale importo le rate scadute ed eventualmente non pagate a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

Gli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data della relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data di comunicazione di tale evento, saranno rimborsati dalla Società fino ad un massimo di due mesi di interessi.

Si precisa che il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

L'Indennizzo massimo previsto per ogni Assicurato, è di Euro 80.000, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

Qualora sia già stato liquidato un indennizzo per Malattia Grave, pari a 12 Rate in un'unica soluzione, e l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla diagnosi della patologia, dal calcolo del Debito Residuo saranno dedotte le Rate già corrisposte in riferimento alla Malattia Grave e al medesimo periodo temporale.

ART. 41 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La Società liquiderà l'Indennizzo di cui al precedente Art. 40, 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'Assicurato a ricevere l'Indennizzo;**
5. **il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 42.**

ART. 42 – 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. **etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**

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

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

v. **atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;**

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. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**

ix. **Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**

x. **Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare**

xi. **Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario**

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

ART. 43 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato 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'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. 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

PRESTITO PROTETTO NEW1

CONVENZIONE COLLETTIVA NUMERO 410096

SET INFORMATIVO composto da:

- **DIP Danni**
- **DIP Vita**
- **DIP aggiuntivo Multirischi**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Glossario**
- **Modulo di Proposta**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Art. 1 – Oggetto.
Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio unico, con la quale la Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato come definito all'Art. 6.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato medesimo, questa si intenderà estinta ed il premio acquisito dalla Compagnia.

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato tramite la sottoscrizione 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 all' Assicurato non produrrà effetti.

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 80.000,00 €, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia stessa o altre Compagnie.

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare all'Intermediario un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità previste all'Art. 4, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.
Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7, senza limiti territoriali e senza tenere conto dell'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato, fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

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

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso alla Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Finanziamento concesso a ciascun Assicurato, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia sottoscritto il Modulo di Adesione. Qualora il premio unico non venga versato l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.
Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

Art. 3 – Diritto di recesso.
Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
Il recesso si esercita mediante fax al numero 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 alla Convenzione 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.
Il premio unico relativo all'Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale finanziato e alla durata della copertura assicurativa.
In caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia restituisce all'Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato. In tal caso la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento.

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

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

Dove:
PVita = premio versato
H = costi sul premio
N = durata della copertura assicurativa espressa in mesi interi
K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di estinzione anticipata totale o trasferimento del finanziamento
J= tasso di ammortamento annuo iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento

Dal premio determinato con la regola sopra riportata andranno sottratte le spese di rimborso di cui al successivo Art. 9.1.2.
Per una maggiore comprensione, si riporta una esemplificazione numerica del meccanismo di calcolo:

Esempio n°1
PVita = 1.000,00 Euro
H = 50,00%
N = 60 mesi
K=12 mesi
J = 5%
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: 1.000,00*(1-50,00%)* [(60-12)/60]*[1-(1+5%/12)^-(60-12)]/(1+5%/12)^-60]= 327,78 Euro
Rimborso dei costi: 1.000,00*50,00%*[(60-12)/60] = 400 Euro
Importo del premio da rimborsare = 727,78 Euro – 25,00 Euro = 702,78 Euro

Esempio n°2
PVita = 1.000,00 Euro
H = 50,00%
N = 60 mesi
K = 36 mesi
J = 5%
Spese per il rimborso del premio = 12,50 Euro

Rimborso del premio puro: 1.000,00*(1-50,00%)*[(60-36)/60]*[1-(1+5%/12)^-(60-36)]/(1+5%/12)^-60]= 86,03 Euro
Rimborso dei costi: 1.000,00*50,00%*[(60-36)/60]= 200 Euro
Importo del premio da rimborsare = 286,03 Euro – 12,50 Euro = 261,03 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 L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di impugnare il contratto, informandone il Contraente, dichiarando all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere il premio.

B) HA DIRITTO, QUANDO L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 6 – Capitale assicurato.
Il capitale assicurato è determinato sulla base di un Contratto di Finanziamento stipulato dall'Assicurato ed è pari al debito residuo o alla quota parte dello stesso, quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato.
Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 80.000,00 €, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia stessa o altre Compagnie.
Il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

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

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

È esclusa dall'oggetto dell'Assicurazione la morte causata da:
a) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
b) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
c) guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
d) suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;
e) 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.);
f) 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;
g) 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;

h) volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
i) infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
j) malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
l) 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.

B. CONDIZIONI DI CARENZA IN CASO DI MORTE DOVUTA A MALATTIA
Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 30 giorni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto a Malattia, il capitale assicurato non sarà pagato.

Art. 8 – Cessazione della garanzia per il caso di morte.
Tale garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- della data di scadenza originaria del singolo Contratto di Finanziamento;
- della data di esercizio del diritto di recesso;
- della data di pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte;
- in caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento (ove l'Assicurato richieda il rimborso del premio residuo) del Finanziamento originariamente stipulato.

Art. 9 – Costi.
Art. 9.1 – Costi gravanti sul premio
I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio unico corrisposto.

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

Tabella A

Durata della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
Qualsiasi	50,00% del premio

Art. 9.1.2 – Spese per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento del finanziamento
In caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia trattiene 25,00 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 con riferimento all'intero flusso commissionale del prodotto:

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
60,00%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.
Sono assicurabili le persone fisiche che:
- abbiano stipulato il Contratto di Finanziamento con l'Intermediario;
- abbiano un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 anni compiuti e 74 anni;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbiamo sottoscritto il Questionario Sanitario.

L'età dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore ad anni 75 anni non compiuti.
Il Contraente e l'Assicurato devono avere il proprio domicilio in Italia secondo l'art. 43 comma 1 del cod. civ..

Art. 11 – Durata.
La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva corrisponde a quella dell'ammortamento del Contratto di Finanziamento concesso dall'Ente Erogatore del finanziamento a ciascun Assicurato, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui al precedente Art. 8.
Il Contratto di Finanziamento di cui alla presente copertura assicurativa può avere una durata minima di 10 mesi e massima di 120 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura per il caso morte pari a 75 anni non compiuti.
Tale durata comprende:
- il periodo di differimento dell'ammortamento con esclusivo pagamento degli interessi;
- lo sblocco successivo dei fondi;
- il periodo di attesa di sblocco dei fondi.

Art. 12 – Conflitto di interessi.
La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet.
La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

Art. 13 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.
Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.
Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.
Il Contraente, l'Assicurato, i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:
- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato:
- richiesta sottoscritta dall'Assicurato.

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

In caso di decesso:
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- richiesta di liquidazione del Beneficiario indicante il debito residuo al momento del decesso, dovuto a fronte del Contratto di Finanziamento. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolute o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;

- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- in presenza di testamento,
  - nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
  - atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari);
- in assenza di testamento, atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesti la mancanza di testamento, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari in polizza);
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione.

Il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione fosse necessaria per la liquidazione della prestazione ed in particolare, nel caso in cui il decesso sia conseguenza di infortunio, di suicidio o di omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria.
Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la 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 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio post vendita e liquidazioni – sinistri – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

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

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.
L'Assicurato designa i Beneficiari della prestazione in caso di decesso.
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

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Capitale in caso di decesso

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

Carenza

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

Compagnia

Vedi "Società".

Condizioni di Assicurazione (o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

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

Contraente

Persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione collettiva.

Contratto(di assicurazione sulla vita)

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Costi (o spese)

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

Decorrenza del contratto

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

Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritti (o interessi di frazionamento)	In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurativa.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Garanzia assicurativa	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
ISVAP	Vedi "IVASS".
IVASS	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza caso morte (o in caso di decesso)	Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna al pagamento della prestazione assicurativa al Beneficiario qualora si verifichi il

	decesso dell'Assicurato. E' temporanea, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del contratto.
Polizza di assicurazione sulla vita	Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio annuo	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere annualmente alla Compagnia secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
Premio complessivo	Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.
Premio rateizzato o frazionato	Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre.
Premio unico	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Prestazione assicurativa	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
Questionario Sanitario o anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Quietanza	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società, ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurativa.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.

Set Informativo

L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente al Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet dell'impresa, composto da:

- DIP Vita
- DIP aggiuntivo Multirischi
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Modulo di Proposta

Sinistro

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

Società (di assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Sostituto d'imposta

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

Sovrappremio

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Modulo di proposta
per prodotto assicurativo ad adesione denominato
Prestito Protetto New1

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

Ente Filiale Collocatore N° polizza 410096

Numero convenzione 2326

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n. Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

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

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

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa (firma leggibile)

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

Luogo e data _____ _____ _____

FAC-SIMILE

Ente Filiale Collocatore N° polizza 410096

Numero convenzione 2326

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n. Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

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

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

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

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

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

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere, ai sensi degli artt. 1892 o 1893 o 1894 del cod. civ., il diritto alla prestazione.
Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario.
L'Assicurato può chiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa e compilato da parte del medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato
Diritto di recesso del Contraente. 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. 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.

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione consegnategli. Accetta integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.
Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Il Contraente

Luogo e data (Timbro della Società e firma del Legale Rappresentante)

FAC SIMILE

Ente Filiale Collocatore N° polizza 410096

Numero convenzione 2326

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n. Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

MODALITA' DI PAGAMENTO

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

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

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

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

FAC - SIMILE