

FASCICOLO INFORMATIVO

Polizza Collettiva di Assicurazione Danni

N°10025153

Creditor Protection Mutui Privati Non Banking

UniCredit

ad adesione facoltativa

Il presente Fascicolo Informativo, contenente i seguenti documenti:

- 1) Nota Informativa;
- 2) Glossario;
- 3) Condizioni di Assicurazione;
- 4) Modulo di Adesione;

deve essere consegnato all'Assicurato prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Edizione: 02/04/2012 – Ultimo aggiornamento: 01/01/2013

Polizza Collettiva n°10025153 – Fascicolo Informativo – Copertina - Pagina 1 di 1



CreditRas Assicurazioni S.p.A.
Sede legale
Corso Italia, 23 - 20122 Milano
Telefono +39 02 7216.1
Fax +39 02 7216.4032
www.creditrasassicurazioni.it

CF, P. IVA e Registro imprese
di Milano n. 08965220158
Capitale sociale deliberato
euro 20.000.000
Capitale sociale versato euro 12.000.000
Iscritta all'Albo imprese
di assicurazione n. 1.00088

Società appartenente al gruppo
assicurativo Allianz, iscritto
all'Albo gruppi assicurativi n. 018
Soggetta alla direzione
e coordinamento di Allianz S.p.A.

NOTA INFORMATIVA

Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025153 Creditor Protection Mutui Privati Non Banking UniCredit ad adesione facoltativa Data ultimo aggiornamento 01-01-2013

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (ora IVASS), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP (ora IVASS). L'assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

- 1. Informazioni Generali**
Impresa: CreditRas Assicurazioni S.p.A., società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018, soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.
Sede legale: Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia)
Recapito telefonico: 800.11.66.33
Sito Internet: www.creditrasassicurazioni.it
Indirizzo di posta elettronica: info_creditras@allianz.it
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 19 Marzo 1990 pubblicato sulla gazzetta ufficiale n°76 del 31/03/1990 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n°1.00088
- 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**
Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 26,3 milioni di euro.
La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 12 milioni di euro.
La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 3,4 milioni di euro.
L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 132,79% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.
I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2011.
Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.creditrasassicurazioni.it.

B. INFORMAZIONI SULLA POLIZZA COLLETTIVA

L'Assicurazione ha una durata pari a quella del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento. La durata delle garanzie Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio o Malattia; Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia; Perdita d'Impiego; Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia è limitata ad un massimo di centoventi mesi. Non è previsto il tacito rinnovo.
Per maggior dettaglio si rinvia all'art.7 – "Durata dell'Assicurazione" delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Coperture assicurative offerte

L'Assicurazione copre i rischi di Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio o Malattia; Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia (garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico); Perdita d'Impiego (garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Dipendente Privato); Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia (garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Non Lavoratore). Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.17, 26, 35, 43 – "Oggetto dell'Assicurazione" delle Condizioni di Assicurazione.

Limitazioni ed esclusioni

AVVERTENZA Sono previste limitazioni ed esclusioni dell'Assicurazione, nonché ipotesi di sospensione della stessa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.5 – "Persone non assicurabili"; 17, 26, 35, 43 – "Oggetto dell'Assicurazione"; 18, 27, 36, 44 – "Periodo di Carenza"; 19, 28, 37, 44 – "Esclusioni"; 20 – "Somma assicurata per singolo Assicurato – Limiti di assicurabilità"; 23 – "Precedenti Indennizzi"; 31, 39, 48 – "Denunce successive"; 32, 40, 49 – "Periodo di Franchigia"; 34, 42, 51 – "Limiti di Indennizzo"; delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Sono previsti periodi di franchigia. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.32, 40, 49 – "Periodo di Franchigia" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Sono previsti limiti di Indennizzo. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.20 – "Somma assicurata per singolo Assicurato – Limiti di assicurabilità"; 23 – "Precedenti Indennizzi"; 34, 42, 51 – "Limiti di Indennizzo"; delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio

- Sinistro di Inabilità Temporanea Totale
- Importo della rata mensile del Mutuo € 6.000,00
- Percentuale quota di copertura assicurativa 100%
- Importo dell'Indennizzo liquidabile per ciascun periodo di trenta giorni di durata di Inabilità Temporanea Totale € 2.000,00

AVVERTENZA È previsto un limite massimo di età per poter aderire alla Polizza Collettiva. Per maggior dettaglio si rinvia all'art.6 – "Persone non assicurabili" delle Condizioni di Assicurazione.

4. Periodi di Carenza contrattuali

AVVERTENZA: Per ciascuna delle garanzie è previsto un Periodo di Carenza durante il quale la garanzia non è operante. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.18, 27, 36, 44 – "Periodo di Carenza" delle Condizioni di Assicurazione

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

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. Per le conseguenze derivanti da dichiarazioni false o reticenti si rinvia all'art.13 – "Dichiarazioni inesatte od omissioni" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Prima di sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata nel Modulo di Adesione è necessario verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in essa contenute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

6. Premi

Il Premio è indipendente dalla professione dell'Assicurato ed è determinato in base alla durata del Mutuo ed all'ammontare dello stesso. Si rinvia per la disciplina specifica all'art.9 – "Determinazione del Premio" delle Condizioni di Assicurazione.

Il Premio deve essere corrisposto anticipatamente in un'unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione.

Il Premio è corrisposto dall'Assicurato all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il Contraente trattiene l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Mutuo erogato dal Contraente medesimo.

AVVERTENZA Non è previsto alcuno sconto del premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

Composizione del premio imponibile (al netto delle imposte di legge)

- Premio puro – 60,15%
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – 39,85%, di cui
 - importo percepito dall'Intermediario – 29,85%

Esempio

- Premio unico anticipato finito - € 1.025,00
- Premio unico anticipato imponibile - € 1.000,00 (al netto dell'imposta 2,50%)
- Premio puro – € 601,50
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – € 398,50, di cui
 - importo percepito dall'Intermediario – € 298,50

AVVERTENZA Nel caso di estinzione anticipata del Mutuo rispetto la Data di scadenza, oppure di accollo del Mutuo, oppure di trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo, oppure di recesso da parte dell'Assicurato, l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione o di accollo o di surroga o di recesso e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto. L'Assicurato potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Mutuo. Si rinvia per la disciplina specifica all'art.10 – "Estinzione anticipata, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione.

7. Diritto di Recesso

AVVERTENZA L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro sessanta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva con effetto dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

L'Impresa provvede al rimborso del Premio entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Assicurato.

Si rinvia all'art.8 – "Diritto di recesso dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato ha diritto di recedere dall'Assicurazione con effetto non anteriore alla data di completamento dei primi cinque anni di durata dell'Assicurazione stessa. Si rinvia all'art.10 – "Estinzione anticipata, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione. Non è previsto il diritto di recesso da parte dell'Impresa.

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dalla Polizza Collettiva

Ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile, i diritti dell'Assicurato derivanti dalla Polizza Collettiva si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

9. Legge applicabile alla Polizza Collettiva

La legislazione applicabile alla Polizza Collettiva è quella italiana.

10. Regime Fiscale

Il Premio è soggetto all'aliquota di imposta del 2,50%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA Per momento di insorgenza del Sinistro si intende: Infortuni: il momento dell'accadimento dell'Infortunio; Malattia: il momento in cui la Malattia insorge o viene diagnosticata; Perdita d'Impiego: la data di effetto della lettera di licenziamento, o della comunicazione di messa in mobilità, o di una comunicazione equivalente.

AVVERTENZA Nella Polizza Collettiva sono previste modalità e termini per la denuncia dei sinistri e procedure per la valutazione del danno. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.11 – "Procedura per la valutazione del danno"; 12 – "Pagamento dell'Indennizzo"; 25, 30, 38, 47 – "Obblighi in caso di Sinistro"; delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA La percentuale di Invalidità Permanente da Malattia viene accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di accadimento della Malattia stessa. Per maggior dettaglio si rinvia all'art.22 – "Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.25, 30, 38, 47 – "Obblighi in caso di Sinistro" delle Condizioni di Assicurazione.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a **CreditRas Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano – Numero Verde 800.11.66.33 - Fax 02 72.16.25.88 – Indirizzo e.mail: info_creditras@allianz.it.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, **Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - Fax 06 42.13.37.45 – 06 42.13.33.53**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- nome, cognome e domicilio dell'esponente, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Resta salva comunque per l'esponente che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

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.

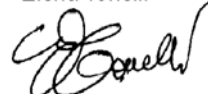
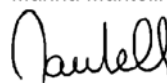
13. Arbitrato

AVVERTENZA In caso di sinistro, qualora le parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria. Il Luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

CreditRas Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa

Marina Mantelli

Elena Tonelli



GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025153
Creditor Protection Mutui Privati Non Banking UniCredit ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 02-04-2012

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè la persona fisica, intestataria o cointestataria di un Mutuo erogato dal Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Capitale Residuo

il debito residuo in linea capitale a carico dell'Assicurato relativamente al Mutuo, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo stesso; il tutto al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;

Contraente

il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa per conto degli Assicurati e cioè UniCredit S.p.A. che opera tramite la rete convenzionata di promotori finanziari, mediatori creditizi ed intermediari finanziari;

Data di scadenza del Mutuo

la data di scadenza dell'ultima rata del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento originario;

Disoccupazione:

lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente Privato, qualora egli:

- a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato per una durata uguale o superiore alle sedici ore settimanali nello svolgimento di altra attività che generi un reddito o un guadagno; e
- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia, o nelle liste di mobilità regionali e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro;

Durata del Mutuo

la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di stipula e la Data di scadenza del Mutuo, compreso eventuale periodo di preammortamento;

Importo Erogato del Mutuo

l'importo del Mutuo erogato dal Contraente all'Assicurato; può differire dall'Importo Richiesto nel caso in cui venga finanziato anche il Premio della presente Polizza Collettiva e/o di altre coperture connesse al Mutuo;

Importo Richiesto del Mutuo

l'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato al Contraente;

Impresa

CreditRas Assicurazioni S.p.A.;

Inabilità Temporanea Totale

la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia;

Indennizzo

la somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro;

Infortunio

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

Intermediario

UniCredit S.p.A., Contraente della Polizza Collettiva;

Invalidità Permanente

la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato;

Invalidità Permanente Totale

l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%;

Istituto di Cura

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

Lavoratore Autonomo

la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli artt.29, 49, 51 del D.P.R. 22 Dicembre 1986, n°917 e successive modifiche, e\o di redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone e che, ai

fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), non percepisca un reddito da lavoro dipendente (così come indicato nella definizione di Lavoratore Dipendente) o di pensione. Sono altresì considerati Lavoratori Autonomi i lavoratori, ancorché dipendenti, che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto, nonché i lavoratori dipendenti il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);

Lavoratore Dipendente

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali.

Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori inquadrati in base a contratti:

- a) a tempo determinato;
- b) di inserimento (ex contratto di formazione lavoro);
- c) di apprendistato;
- d) di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali);
- e) di lavoro intermittente.

Non sono considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);

Lavoratore Dipendente Pubblico

la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente presso la Pubblica Amministrazione. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le 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 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. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L.70/1975;

Lavoratore Dipendente Privato

la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente e non rientri nella definizione di Lavoratore Dipendente Pubblico;

Malattia

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio;

Modulo di Adesione

il documento sottoscritto dall'Assicurato mediante il quale lo stesso aderisce all'Assicurazione;

Mutuo

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato avente per oggetto la concessione all'Assicurato, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine che dovrà essere rimborsato secondo un piano di ammortamento alla francese;

Non Lavoratore

la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo né Lavoratore Dipendente.

Sono altresì considerati Non Lavoratori i pensionati, nonché i lavoratori dipendenti assunti (sia a tempo determinato che indeterminato) con contratti di lavoro a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale;

Normale Attività Lavorativa

l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato;

Perdita d'Impiego

la perdita da parte della persona fisica dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato, che generi lo stato di Disoccupazione;

Periodo di Carenza

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 del giorno di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la garanzia non è operante;

Periodo di Franchigia

il periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro di Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero, indennizzabile a termini della Polizza Collettiva, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo;

Periodo di Riqualficazione

il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero, liquidabili ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita d'Impiego, per Inabilità Temporanea Totale o per Ricovero Ospedaliero;

Polizza Collettiva

il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati;

Premio

la somma dovuta dall'Assicurato all'Impresa in relazione all'Assicurazione;

Questionario Medico

il modulo contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato;

Rapporto Visita Medica

il modulo che deve essere compilato da un medico italiano relativo allo stato di salute dell'Assicurato;

Ricovero Ospedaliero

la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali;

Sinistro

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025153
Creditor Protection Mutui Privati Non Banking UniCredit ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 02-04-2012

Art.1 – Sezioni di Polizza

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti sezioni:

- I Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia**
- II Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** - garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico
- III Perdita d'Impiego** - garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile Lavoratore Dipendente Privato
- IV Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** - garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Non Lavoratore

Per ciascuna sezione l'oggetto dell'Assicurazione è disciplinato dall'apposito articolo riportato all'interno della sezione medesima. La disciplina di cui agli articoli dal 2 al 16 risulta applicabile indifferentemente a tutte le sezioni sopra indicate.

Art.2 – Variazione della posizione lavorativa

Qualora la posizione lavorativa dell'Assicurato dovesse cambiare durante il periodo di validità dell'Assicurazione, saranno operanti, in caso di Sinistro, le garanzie corrispondenti alla posizione lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro medesimo con le seguenti limitazioni:

- a) l'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente Pubblico o Non Lavoratore e diventi Lavoratore Dipendente Privato, avrà diritto all'Indennizzo per Perdita di Impiego solo nel caso in cui lo stato di Disoccupazione sopravvenga dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia comunque trascorso un periodo di tempo di almeno centoottanta giorni consecutivi dal momento in cui egli è diventato Lavoratore Dipendente Privato.

Art.3 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva

L'Assicurazione di ciascun Assicurato è realizzata mediante sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, di un Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per il Contraente/Impresa).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Assicurato della contemporanea adesione anche alla Polizza Collettiva Vita n°3457, stipulata dal Contraente con CreditRas Vita S.p.A., avente per oggetto la garanzia morte.

Ogni Modulo di Adesione dovrà risultare debitamente sottoscritto in ogni sua parte (ove previsto) e dovrà riportare obbligatoriamente i seguenti dati:

- a) numero di domanda del Mutuo;
- b) dati anagrafici dell'Assicurato;
- c) Durata del Mutuo;
- d) Importo Richiesto del Mutuo;
- e) percentuale quota di copertura assicurativa;
- f) Premio unico anticipato;
- g) costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- h) importo percepito dall'Intermediario.

Ciascun Assicurato dovrà infine alternativamente, secondo quanto evidenziato dalla tabella sottoriportata:

- A) sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata all'interno del Modulo di Adesione;
- B) compilare il Questionario Medico;
- C) fornire il Rapporto Visita Medica e ad altri eventuali esami medici secondo le indicazioni fornite dall'Impresa.

Nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa, la Somma assicurata iniziale da considerare sarà pari alla somma di tutti i singoli importi relativi all'Assicurato stesso.

Somma assicurata iniziale	Età alla stipula da 18 a 60 anni compiuti	Età alla stipula da 61 a 65 anni compiuti	Età alla stipula da 66 a 70 anni non compiuti
Fino € 200.000,00	A Dichiarazione buono stato di salute	B Questionario Medico	C Rapporto Visita Medica
Oltre € 200.000,00 Fino € 300.000,00	B Questionario Medico	B Questionario Medico	C Rapporto Visita Medica
Oltre € 300.000,00 Fino € 520.000,00	C Rapporto Visita Medica	C Rapporto Visita Medica	C Rapporto Visita Medica

Le spese relative al Rapporto Visita Medica ed agli accertamenti medici sono a totale carico dell'Assicurato.

L'Impresa, relativamente alle modalità B (compilazione Questionario Medico) e C (Rapporto Visita Medica), si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'ammissione alla copertura assicurativa.

Le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione all'Impresa prima della stipula, per il tramite del Contraente al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.

Per ciascun Assicurato la garanzia è da ritenersi operante soltanto nel caso in cui la stipula del Mutuo avvenga entro centoottanta giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, oppure dalla data di presentazione della documentazione sanitaria, ove prevista, sempreché l'Impresa abbia espresso parere favorevole all'ammissione in copertura. Nel caso in cui la stipula del Mutuo avvenga successivamente al termine sopraindicato, l'Assicurato è tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione di cui sopra, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

Il Questionario Medico e la documentazione del Rapporto Visita Medica devono essere inviati all'Impresa in busta chiusa, anche per il tramite del Contraente, oppure direttamente tramite fax al numero dedicato 02.7216.5074.

Il rifiuto o la conferma dell'ammissione in copertura vengono comunicati dall'Impresa all'Assicurato e, per conoscenza, al Contraente.

L'Assicurazione sarà operante nel modo seguente:

1) **unico Assicurato per singolo Mutuo:**

- a) Assicurazione intera – la Somma assicurata iniziale viene calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa pari a 100%;

2) **più Assicurati cointestari per singolo Mutuo:**

- a) Assicurazione intera – per ciascun Assicurato la Prestazione Assicurata viene calcolata in base ad una percentuale quota di copertura assicurativa pari a 100%;
- b) Assicurazione pro quota – per ciascun Assicurato la Prestazione Assicurata viene calcolata pro quota in base ad una percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari a 100% diviso per il numero di Assicurati.

Nel caso si verifichi la mancata accettazione da parte dell'Impresa dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestari, per i rimanenti cointestari Assicurati l'Assicurazione opererà come sopra specificato (percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari a 100% diviso per il numero di Assicurati).

Art.4 – Documentazione da consegnare all'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva

All'Assicurato dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

- a) Modulo di Adesione;
- b) Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- c) Fascicolo Informativo.

Una copia del Modulo di Adesione e dell'Informativa privacy dovranno rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarle tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulla e quindi inoperante l'Assicurazione.

Art.5 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone che:

- a) alla data di stipula del Mutuo siano di età inferiore a diciotto anni o maggiore di settanta anni compiuti;
- b) alla Data di scadenza del Mutuo risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;
- c) abbiano stipulato un Mutuo erogato dal Contraente di Durata superiore a quattrocentottanta mesi;
- d) non siano residenti in Italia.

Non sono inoltre assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone per cui la somma assicurata risulti essere superiore a € 520.000,00.

Art.6 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione

Il Premio è corrisposto dall'Assicurato all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il Contraente trattiene l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Mutuo erogato dal Contraente medesimo.

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo a condizione che l'Assicurato stesso:

- a) abbia sottoscritto il Modulo di Adesione,
- b) abbia sottoscritto la Dichiarazione di Buono Stato di Salute; ovvero
- c) abbia compilato il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa; ovvero
- d) si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa;

e sia stato pagato il relativo Premio.

Art.7 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato stesso.

La durata massima di ciascuna garanzia non potrà comunque essere superiore a:

- I Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia** - quattrocentottanta mesi
- II Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** - centoventi mesi
- III Perdita d'Impiego** - centoventi mesi
- IV Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** - centoventi mesi

Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.8 – “Diritto di recesso dell'Assicurato” e 10 – “Estinzione anticipata, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato”, l'Assicurazione rimarrà operativa fino alla sua scadenza originaria anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.

L'Assicurazione cesserà comunque, anche prima della Data di scadenza del Mutuo e senza alcun rimborso di Premio, in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale oppure in caso di decesso dell'Assicurato.

Art.8 – Diritto di recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro sessanta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva con effetto dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'Impresa provvederà al rimborso del Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente. Il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.

Art.9 - Determinazione del Premio

Per ciascun Assicurato il Premio viene corrisposto in via anticipata e in unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione ed è determinato applicando la seguente formula.

$$P = T \times N \times Ir \times Pa$$

dove:

P Premio unico anticipato inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)

T tasso mensile pari a 0,00615%

N Durata del Mutuo espressa in mesi interi

Ir Importo Richiesto del Mutuo

Pa Percentuale quota di copertura assicurativa

Non è previsto alcuno sconto del Premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

Art.10 – Estinzione anticipata, accollo surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato

Nel caso di:

- a) estinzione anticipata del Mutuo rispetto la Data di scadenza;
 - b) accollo del mutuo da parte di terzi come previsto dall'art.1273 C.C.;
 - c) trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
 - d) recesso dell'Assicurato con effetto non anteriore alla data di completamento dei primi cinque anni di durata dell'Assicurazione;
- l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione, accollo, surroga o recesso e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

Il calcolo dell'importo da rimborsare per ciascun Assicurato sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = Ppu \times \frac{(N-K) \times (N-K+1)}{N \times (N+1)} + H \times \frac{(N-K)}{N}$$

dove:

R importo da rimborsare

P Premio unico anticipato finito, inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)

Ppu Premio unico anticipato puro = $P / 1,025 - H$

H costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N Durata del Mutuo espressa in mesi interi

K durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi (dato arrotondato per difetto)

L'Impresa provvederà al rimborso del Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente che, nel solo caso di recesso, utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato medesimo in relazione al Mutuo.

Il recesso di cui al presente articolo dovrà essere comunicato all'Impresa con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno con preavviso di almeno sessanta giorni rispetto alla data di effetto del recesso stesso.

L'Assicurato potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Mutuo; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata, di accollo oppure di trasferimento del Mutuo.

In caso di estinzione parziale del Mutuo non si procederà ad alcuna restituzione di Premio e l'Assicurazione rimarrà operante fino alla Data di scadenza del Mutuo in base al piano di ammortamento originario come se l'estinzione parziale non fosse avvenuta.

Art.11 – Procedura per la valutazione del danno

La valutazione del danno è concordata direttamente dall'Impresa, o da un perito da questa incaricato, con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico-legale, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre arbitri.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio.

Il Collegio definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni della Polizza Collettiva.

Il Collegio risiede nel comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene gli onorari e le spese del proprio arbitro, mentre quelli del terzo arbitro sono sempre ripartiti a metà.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi facoltà di impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art.12 - Pagamento dell'Indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa quantifica l'Indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione all'Assicurato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento entro trenta giorni da quest'ultima.

Art.13 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.14 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre coperture assicurative contratte dall'Assicurato.

Art.15 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.16 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE I INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Art.17 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento di un Indennizzo in caso di Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato derivante da Malattia o da Infortunio che l'Assicurato stesso subisca:

- a) nell'esercizio della propria attività professionale principale e/o secondaria;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, purché inerente alla vita comune e di relazione.

Sono considerati Infortunio anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
- 3) l'avvelenamento del sangue e l'infezione sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- 4) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore;
- 6) la folgorazione;
- 7) le lesioni muscolari determinate da sforzo, intendendosi per sforzo il dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato;
- 8) le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria; le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Art.18 – Periodo di Carenza

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.19 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Invalidità Permanente Totale causati o derivanti da:

- a) Malattie, malformazioni e stati patologici già noti all'Assicurato alla data di adesione alla Polizza Collettiva in quanto già manifestatisi e/o diagnosticati a tale data; esclusione non operante nel caso di presentazione da parte dell'Assicurato del Questionario Medico o del Rapporto Visita Medica;
- b) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- e) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- f) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- g) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- h) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- i) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- j) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- k) pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- l) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- m) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

- n) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi. Il tutto salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- o) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- p) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- q) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- r) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- 1) le ernie;
- 2) gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- 3) gli Infortuni subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 4) l'infertilità e la sterilità.

Art.20 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità

La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Erogato del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato medesimo moltiplicato per la percentuale quota di copertura assicurativa e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Mutuo stesso moltiplicato per la percentuale medesima.

La massima somma assicurabile viene stabilita pari a € 520.000,00 e in nessun caso l'Impresa sarà quindi tenuta a pagare, per singola adesione, importo maggiore di tale somma.

In caso di Mutuo erogato per un importo superiore a € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa dovrà essere tale da fare risultare la somma assicurata iniziale non superiore a tale limite.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 520.000,00 anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

L'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale non può cumularsi con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3457.

Art.21 – Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio

Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato e questa si verifichi – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Mutuo risultante alla data di accadimento dell'Infortunio medesimo. Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL – Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 n°1124).

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

Se, al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla "Tabella INAIL - Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Nei confronti dei mancini le percentuali previste per gli arti superiori saranno invertite.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL – Percentuali Invalidità Permanente" vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella "Tabella INAIL – Percentuali Invalidità Permanente", il grado di Invalidità Permanente è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla "Tabella" stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato.

Art.22 - Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia

Qualora la Malattia abbia per conseguenza diretta l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato, l'Impresa liquiderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Mutuo risultante alla data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, ossia da Malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata.

Nel corso dell'Assicurazione le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

Si intendono Malattie concorrenti le Malattie o le Invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e dell'Invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale.

Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dal momento in cui la Malattia insorge o viene diagnosticata.

Art.23 – Precedenti Indennizzi

Nel caso in cui un unico Infortunio o un'unica Malattia abbiano causato prima un Sinistro di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero e poi un Sinistro di Invalidità Permanente Totale, l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale sarà calcolato detraendo l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all'Assicurato a titolo delle garanzie di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero di cui alle Sezioni II e IV della presente Polizza Collettiva.

Art.24 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.25 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato. Il modulo di denuncia Sinistro è disponibile presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo oppure può essere ottenuto contattando l'Impresa al numero 02.7216.7700. Telefonando a tale numero potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.
- b) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto da cui deve risultare, ove prevista, anche la sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute ivi contenuta;
- c) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- d) fornire copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro;
- e) fornire certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale;
- f) inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici attestanti il decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa.

L'Assicurato deve altresì:

- g) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- h) fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE II INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Art.26 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o da Malattia.

La garanzia è operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico.

Art.27 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di sessanta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora la Malattia insorga o venga diagnosticata entro sessanta giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.28 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Inabilità Temporanea Totale causati o derivanti da:

- a) Malattie, malformazioni e stati patologici già noti all'Assicurato alla data di adesione alla Polizza Collettiva in quanto già manifestatisi e/o diagnosticati a tale data;
- b) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- e) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- f) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- g) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- h) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- i) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- j) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- k) pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in ap-

- nea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- l) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
 - m) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
 - n) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi. Il tutto salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
 - o) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
 - p) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - q) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
 - r) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
 - s) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- 1) le ernie;
- 2) gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- 3) gli Infortuni subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 4) l'infertilità e la sterilità.

Art.29 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.30 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato. Il modulo di denuncia Sinistro è disponibile presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo oppure può essere ottenuto contattando l'Impresa al numero 02.7216.7700. Telefonando a tale numero potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.
- b) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto da cui deve risultare, ove prevista, anche la sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute ivi contenuta;
- c) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- d) fornire copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro;
- e) fornire attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA) o Lavoratore Dipendente Pubblico al momento del Sinistro;
- f) fornire certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero ospedaliero; fornire i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- g) fornire, in caso di Lavoratore Dipendente Pubblico, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'assenza dal posto di lavoro.

L'Assicurato deve altresì:

- h) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- i) fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato, infine, una volta scaduto il Periodo di Franchigia, per ciascun periodo di successivi trenta giorni consecutivi di durata del Sinistro deve compilare ed inviare all'Impresa, allo stesso recapito indicato alla lettera a), il modulo di continuazione del Sinistro; tale modulo è disponibile come indicato alla lettera a) e deve essere inviato all'Impresa entro sessanta giorni dalla fine del periodo di trenta giorni consecutivi di durata del Sinistro.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

Art.31 – Denunce Successive

Qualora l'Assicurato, entro novanta giorni dalla ripresa della propria Normale Attività Lavorativa successivamente ad un periodo di Inabilità Temporanea Totale, subisca una nuova Inabilità Temporanea Totale:

- a) se derivante dallo stesso Infortunio o dalla stessa Malattia, il Sinistro verrà considerato come continuazione del precedente e non verrà applicato quindi un ulteriore Periodo di Franchigia;
- b) se derivante da diverso Infortunio o da diversa Malattia, il Sinistro verrà considerato come nuovo e non collegato al precedente e verrà applicato quindi, come previsto, il Periodo di Franchigia.

Art.32 – Periodo di Franchigia

Viene previsto un Periodo di Franchigia di sessanta giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Art.33 – Determinazione dell'Indennizzo

Qualora l'Inabilità Temporanea Totale perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata mensile del Mutuo scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale successivo, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Mutuo

medesima, comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro, moltiplicata per la percentuale quota di copertura assicurativa; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente.

Art.34 – Limiti di Indennizzo

Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di dodici rate consecutive.

Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di trentasei rate per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Ricovero Ospedaliero.

L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.000,00 per ciascuna rata mensile; tale limite sarà da intendersi anche come complessivo nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

L'Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Perdita d'Impiego o Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE III PERDITA D'IMPIEGO

Art.35 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Perdita d'Impiego.

La garanzia è operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Lavoratore Dipendente Privato.;

Art.36 – Periodo di Carenza

Viene previsto un Periodo di Carenza di sessanta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora la Perdita d'Impiego avvenga entro sessanta giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.37 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Perdita d'Impiego se:

- a) l'Assicurato, al momento del Sinistro, non ha ancora concluso e superato il periodo di prova;
- b) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente Privato in modo continuativo per i sei mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Ai fini della presente esclusione, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non vengono considerate;
- c) alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita d'Impiego;
- d) la Perdita d'Impiego è conseguenza di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo, o di licenziamento disciplinare, o è conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni (giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare);
- e) la Perdita d'Impiego è conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- f) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di inserimento, apprendistato, ecc.) o della interruzione di un rapporto di Lavoro a Progetto;
- g) l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- h) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- i) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro consensualmente a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- j) l'Assicurato non si è iscritto in Italia nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità;
- k) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia;
- l) la perdita del posto di lavoro è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.

Art.38 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato. Il modulo di denuncia Sinistro è disponibile presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo oppure può essere ottenuto contattando l'Impresa al numero 02.7216.7700. Telefonando a tale numero potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.
- b) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto da cui deve risultare, ove prevista, anche la sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute ivi contenuta;
- c) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- d) fornire copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro;
- e) fornire attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Dipendente Privato al momento del Sinistro;
- f) fornire copia della lettera di licenziamento;
- g) fornire copia di un documento comprovante l'iscrizione all'elenco anagrafico con lo status di disoccupato o alle liste di mobilità regionali;
- h) fornire attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di mobilità;
- i) fornire dichiarazione del datore di lavoro attestante la sospensione dal lavoro con indicazione dell'eventuale intervento della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

L'Assicurato, infine, una volta scaduto il Periodo di Franchigia, per ciascun periodo di successivi trenta giorni consecutivi di durata del Sinistro deve compilare ed inviare all'Impresa, allo stesso recapito indicato alla lettera a), il modulo di continuazione del Sinistro; tale modulo è disponibile come indicato alla lettera a) e deve essere inviato all'Impresa entro sessanta giorni dalla fine del periodo di trenta giorni consecutivi di durata del Sinistro.

Art.39 – Denunce Successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Perdita d'Impiego, o dopo la denuncia di un medesimo Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a sessanta giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita d'Impiego se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione di centottanta giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente Privato ed abbia superato il periodo di prova.

Art.40 – Periodo di Franchigia

Viene previsto un Periodo di Franchigia di sessanta giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Art.41 – Determinazione dell'Indennizzo

Qualora lo stato di Disoccupazione perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata mensile del Mutuo scadente durante il periodo di Disoccupazione successivo, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Mutuo medesima, comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro, moltiplicata per la percentuale quota di copertura assicurativa; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente.

Qualora l'Assicurato, che sta ricevendo dall'Impresa il pagamento dell'Indennizzo per Perdita d'Impiego, desideri iniziare un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente con un contratto a tempo determinato di durata non superiore a tre mesi, dovrà informare tempestivamente per iscritto l'Impresa. In tal caso, infatti, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine di questo, come continuazione del Sinistro iniziale, qualora persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i tre mesi.

Art.42 – Limiti di Indennizzo

Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di dodici rate consecutive.

Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di trentasei rate per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Ricovero Ospedaliero.

L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.000,00 per ciascuna rata mensile; tale limite sarà da intendersi anche come complessivo nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

L'Indennizzo per Perdita d'Impiego non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE IV RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA

Art.43 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o da Malattia.

La garanzia è operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile come Non Lavoratore.

Art.44 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di sessanta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora il Ricovero Ospedaliero avvenga, oppure la Malattia insorga o venga diagnosticata entro sessanta giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.45 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero causati o derivanti da:

- a) Malattie, malformazioni e stati patologici già noti all'Assicurato alla data di adesione alla Polizza Collettiva in quanto già manifestatisi e/o diagnosticati a tale data;
- b) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- e) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- f) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- g) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- h) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- i) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- j) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- k) pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in ap-

- nea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- l) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
 - m) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
 - n) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi. Il tutto salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
 - o) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
 - p) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - q) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
 - r) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
 - s) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- 1) le ernie;
- 2) gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- 3) gli Infortuni subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 4) l'infertilità e la sterilità.

Art.46 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.47 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato. Il modulo di denuncia Sinistro è disponibile presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo oppure può essere ottenuto contattando l'Impresa al numero 02.7216.7700. Telefonando a tale numero potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.
- b) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto da cui deve risultare, ove prevista, anche la sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute ivi contenuta;
- c) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- d) fornire copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro;
- e) fornire attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA) o Lavoratore Dipendente Pubblico al momento del Sinistro;
- f) fornire certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica; fornire i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- g) fornire, in caso di Lavoratore Dipendente Pubblico, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'assenza dal posto di lavoro.

L'Assicurato deve altresì:

- h) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- i) fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato, infine, una volta scaduto il Periodo di Franchigia, per ciascun periodo di successivi trenta giorni consecutivi di durata del Sinistro deve compilare ed inviare all'Impresa, allo stesso recapito indicato alla lettera a), il modulo di continuazione del Sinistro; tale modulo è disponibile come indicato alla lettera a) e deve essere inviato all'Impresa entro sessanta giorni dalla fine del periodo di trenta giorni consecutivi di durata del Sinistro.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

Art.48 – Denunce Successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Ricovero Ospedaliero, o dopo la denuncia di un medesimo Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carezza pari a sessanta giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualficazione di trenta giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa.

Art.49 – Periodo di Franchigia

Viene previsto un Periodo di Franchigia di sette giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Art.50 – Determinazione dell'Indennizzo

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata mensile del Mutuo scadente durante il periodo di Ricovero Ospedaliero successivo, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Mutuo medesima, comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro,

moltiplicata per la percentuale quota di copertura assicurativa; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente.

Art.51 – Limiti di Indennizzo

Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di dodici rate consecutive.

Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di trentasei rate per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Ricovero Ospedaliero.

L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.000,00 per ciascuna rata mensile; tale limite sarà da intendersi anche come complessivo nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

L'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Inabilità Temporanea Totale o Perdita d'Impiego relativamente allo stesso periodo temporale.

TABELLA INAIL - PERCENTUALI INVALIDITÀ PERMANENTE
D.P.R. 30-06-65 N°1124

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	Destro		Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi		100%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
- con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
- senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
- per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75%
- per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:			
- in semipronazione	30%		25%
- in pronazione	35%		30%
- in supinazione	45%		40%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
- in semipronazione	40%		35%
- in pronazione	45%		40%
- in supinazione	55%		50%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpicca in estensione rettilinea se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:	18%		15%
- in semipronazione	22%		18%
- in pronazione	25%		22%
- in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		80%	

Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun Indennizzo, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

MODULO DI ADESIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025153
"Creditor Protection Mutui Privati Non Banking UniCredit ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 02-04-2012

Dati Mutuo		
Domanda di Mutuo n° _____		
Dati Assicurato		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____
Dati copertura assicurativa		
Durata del Mutuo in mesi _____		
Importo Richiesto del Mutuo € _____	Percentuale quota di copertura assicurativa _____%	
Premio unico anticipato		
€ _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)		
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
€ _____		
Importo percepito dall'Intermediario		
€ _____		

PRENDO ATTO che UniCredit S.p.A. ("Banca") ha stipulato con CreditRas Assicurazioni S.p.A. ("CRA"), per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari di un Mutuo da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025153 ("Polizza") concernente una copertura assicurativa per i casi di Invalidità Permanente Totale; di Inabilità Temporanea Totale (operante per i soli Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici); di Perdita d'Impiego (operante per i soli Lavoratori Dipendenti Privati); di Ricovero Ospedaliero (operante per i soli Non Lavoratori).

DICHIARO di aderire in qualità di Assicurato alla Polizza.

AUTORIZZO la Banca a trasmettere a CRA le informazioni, contenute nel contratto di Mutuo, necessarie per l'esecuzione delle Polizza.

PRENDO ATTO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo, a condizione che siano stati sottoscritti il presente Modulo di Adesione e la Dichiarazione di Buono Stato di Salute in esso contenuta (ovvero, siano stati prodotti il Questionario Medico oppure il Rapporto Visita Medica e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente da CRA) e sia stato pagato il relativo Premio, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento originario.

PRENDO ATTO che la somma assicurata iniziale non può essere superiore a € 520.000,00 e quindi, in nessun caso l'Impresa sarà tenuta a pagare importo maggiore di tale somma. In caso di Mutuo erogato per un importo superiore a € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa è tale da fare risultare la somma assicurata iniziale non superiore a tale limite.

DÒ MANDATO irrevocabile alla Banca di effettuare in nome e per conto mio il pagamento del Premio a favore di CRA. La Banca tratterà l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Mutuo.

Data _____ Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità della **Polizza DICHIARO** espressamente di:

- a) aver letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo ricevuto;
- b) aver ricevuto l'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

Firma Assicurato _____

DICHIARO di avere ricevuto da parte del Contraente, prima dell'adesione alla **Polizza**, copia integrale del Fascicolo Informativo –composto da Nota Informativa; Glossario; Condizioni di Assicurazione; Modulo di Adesione - ai sensi e per gli effetti di cui all'art.30 del Regolamento ISVAP n°35 del 26 maggio 2010.

Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Da sottoscrivere soltanto nel caso in cui l'Assicurato rientri nella modalità A di cui all'art.3 – “Modalità di adesione alla Polizza Collettiva” delle Condizioni di Assicurazione. Nel caso l'Assicurato rientri nelle modalità B o C dovrà produrre rispettivamente il Questionario Medico ed il Rapporto Visita Medica.

Agli effetti della validità della **Polizza DICHIARO** espressamente di essere in buona salute da almeno dodici mesi ed, in particolare:

- a) non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica (esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
- b) non essere stato affetto da disturbi o malattie o lesioni fisiche che hanno comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività negli ultimi tre anni per più di tre settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza);
- c) non essere, al momento della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, sotto trattamento medico o farmacologico da più di trenta giorni consecutivi;
- d) non essere in attesa di ricovero e non essere stato ricoverato durante gli ultimi cinque anni (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica).

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Prima di sottoscrivere la presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in essa contenute.

L'Assicurato ha il diritto di non sottoscrivere la presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute e di richiedere a CRA di poter produrre il Questionario Medico o di potersi sottoporre a visita medica per certificare il proprio stato di salute. Il costo della visita medica è a carico dell'Assicurato. CRA si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame della documentazione sanitaria prodotta dall'Assicurato.

Firma Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003), acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Firma Assicurato _____