

FASCICOLO INFORMATIVO

Polizza Collettiva di Assicurazione Danni

N°10025155

“Creditor Protection Finanziamenti PMI CHIRO Recall”

UniCredit

Il presente Fascicolo Informativo, contenente i seguenti documenti:

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

deve essere consegnato alla PMI prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Edizione: 01/01/2012 – Ultimo aggiornamento: 01/01/2012

Polizza Collettiva n°10025155 – 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°10025155
“Creditor Protection Finanziamenti PMI CHIRO Recall”
UniCredit

Data ultimo aggiornamento 01-01-2012

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.
La PMI 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 29,7 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 141,11% 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 31/12/2010.
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 Finanziamento, con il massimo comunque di centoventi mesi.
Non è previsto il tacito rinnovo.
Per maggior dettaglio si rinvia all'art.6 – “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; Malattia Grave. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.17, 26, 35 – “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.4 – “Persone non assicurabili”; 17, 26, 35 – “Oggetto dell'Assicurazione”; 18, 27, 36 – “Periodo di Carenza”; 19, 28, 37 – “Esclusioni”; 20, 38 – “Somma assicurata per singolo Assicurato – Limiti di assicurabilità”; 23, 40 – “Precedenti Indennizzi”; 31 – “Denunce successive”; 32 – “Periodo di Franchigia”; 34 – “Limiti di Indennizzo”; delle Condizioni di Assicurazione.
- AVVERTENZA** Sono previsti periodi di franchigia. Per maggior dettaglio si rinvia all'art.32 – “Periodo di Franchigia” delle Condizioni di Assicurazione.
- AVVERTENZA** Sono previsti limiti di Indennizzo. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.20, 38 – “Somma assicurata per singolo Assicurato – Limiti di assicurabilità”; 34 – “Limiti di Indennizzo”; delle Condizioni di Assicurazione.
- Esempio**
– Sinistro di Inabilità Temporanea Totale
– Importo della rata mensile del Finanziamento € 6.000,00
– 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.4 – “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 – “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 Finanziamento ed all'ammontare dello stesso. Si rinvia per la disciplina specifica all'art.8 – “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 dalla PMI all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il pagamento da parte della PMI al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente.
- 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 – 22,00%
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – 78,00%, di cui
 - importo percepito dall'intermediario – 68,00%

Esempio

- Premio unico anticipato finito - € 1.025,00
- Premio unico anticipato imponibile - € 1.000,00 (al netto dell'imposta 2,50%)
- Premio puro – € 220,00
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – € 780,00, di cui
 - importo percepito dall'intermediario – € 680,00

AVVERTENZA Nel caso di estinzione anticipata del Finanziamento rispetto la Data di scadenza, oppure di accollo del Finanziamento, oppure di trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo, oppure di recesso da parte della PMI, l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione o di accollo o di surroga o di recesso e la PMI avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto. La PMI 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 Finanziamento. Si rinvia per la disciplina specifica all'art.9 – "Estinzione anticipata, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso della PMI" delle Condizioni di Assicurazione.

7. Diritto di Recesso

AVVERTENZA La PMI 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.7 – "Diritto di recesso della PMI" delle Condizioni di Assicurazione.

La PMI 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.9 – "Estinzione anticipata, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso della PMI" 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.

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"; 25, 30, 42 – "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, 42 – "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'**ISVAP, 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'ISVAP contengono:

- a) nome, cognome e domicilio dell'esponente, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) 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'ISVAP 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

Mariuccia Allo

GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025155
"Creditor Protection Finanziamenti PMI CHIRO Recall"
UniCredit

Data ultimo aggiornamento 01-01-2012

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

Apertura di credito

il contratto stipulato tra il Contraente e la PMI, non garantito da ipoteca su immobili, avente per oggetto la messa a disposizione della PMI, da parte del Contraente, di una somma predeterminata utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; la PMI potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma mutuata dovrà essere restituita dalla PMI al Contraente secondo un piano di rientro predeterminato;

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè la persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per la PMI, designata dalla PMI stessa sul Modulo di Adesione;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Capitale Residuo

il debito residuo in linea capitale a carico della PMI relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario originario del Mutuo, o dal piano di rientro dell'Apertura di Credito, al netto di eventuali rate insolute;

Contraente

il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa per conto degli Assicurati e cioè UniCredit S.p.A. che opera attraverso le filiali contraddistinte "UniCredit Banca", "UniCredit Banca di Roma", "Banco di Sicilia";

Data di scadenza del Finanziamento

la data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario; tale data rimane inalterata anche nel caso di successive modifiche del piano di ammortamento o di rientro originario;

Durata del Finanziamento

la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di stipula oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, e la Data di scadenza del Mutuo o dell'Apertura di credito, compreso eventuale periodo di preammortamento;

Finanziamento

Il Mutuo o l'Apertura di Credito;

Importo Erogato del Finanziamento

l'importo erogato del Mutuo, o concesso dall'Apertura di credito, dal Contraente alla PMI; 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 o dall'Apertura di credito;

Importo Richiesto del Finanziamento

l'importo del Finanziamento richiesto dalla PMI 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;

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%;

Malattia

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

Malattia Grave

- a) **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave 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, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarcke, il sarcoma di Kaposi;
- b) **Cardiopatía Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare,** nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronario;
- c) **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:
 - 1) storia del dolore cardiaco tipico;
 - 2) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'EKG;
 - 3) modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) **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;
- e) **Insufficienza renale:** Malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
- f) **Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi:** cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;

Modulo di Adesione

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

Modulo di Sostituzione Assicurato

il documento sottoscritto dalla PMI, dall'Assicurato uscente e dal nuovo Assicurato mediante il quale la PMI indica il nuovo Assicurato in sostituzione dell'Assicurato uscente;

Mutuo

il contratto stipulato tra il Contraente e la PMI avente per oggetto la concessione alla PMI, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine, non garantito da ipoteca su immobili;

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;

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 Inabilità Temporanea Totale, indennizzabile a termini della Polizza Collettiva, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo;

PMI

la società di piccole o medie dimensioni cliente del Contraente che ha stipulato un Finanziamento con il Contraente medesimo, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

Polizza Collettiva

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

Premio

la somma dovuta dalla PMI 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;

Sinistro

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025155
“Creditor Protection Finanziamenti PMI CHIRO Recall”
UniCredit

Data ultimo aggiornamento 01-01-2012

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**
- III Malattia Grave**

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 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva

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

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l’obbligo da parte della PMI della contemporanea adesione anche alla Polizza Collettiva Vita n°3459, stipulata dal Contraente con CreditRas Vita S.p.A., avente per oggetto la garanzia morte.

Ogni Modulo di Adesione dovrà riportare obbligatoriamente i seguenti dati:

- a) numero di domanda del Finanziamento;
- b) dati societari della PMI,
- c) dati anagrafici dell’Assicurato;
- d) Durata del Finanziamento;
- e) Importo Richiesto del Finanziamento;
- f) Premio unico anticipato;
- g) costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- h) importo percepito dall’intermediario.

Dovrà inoltre risultare sottoscritta da parte della PMI l’apposita dichiarazione attestante l’avvenuta consegna da parte del Contraente del Fascicolo Informativo prima dell’adesione alla Polizza Collettiva.

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 oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione da 18 a 60 anni compiuti	Età alla stipula oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione da 61 a 65 anni compiuti	Età alla stipula oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione 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

Le spese relative al Rapporto Visita Medica ed agli accertamenti medici sono a totale carico della PMI.

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 Finanziamento (esclusi i Finanziamenti già in essere) 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 (esclusi i Finanziamenti già in essere) la garanzia è da ritenersi operante soltanto nel caso in cui la stipula del Finanziamento 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 Finanziamento 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. Per ciascun Finanziamento possono essere assicurate fino a quattropersone fisiche. Per ciascun Assicurato il Premio e la somma assicurata vengono calcolati sull'intero importo del Finanziamento.

Art.3 – Documentazione da consegnare alla PMI al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva

Alla PMI 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, entrambi sottoscritti dalla PMI e dall'Assicurato, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla 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.4 - Persone non assicurabili

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

- a) alla data di stipula del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, siano di età inferiore a diciotto anni o maggiore di settanta anni compiuti;
- b) alla Data di scadenza del Finanziamento risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;
- c) abbiano stipulato un Finanziamento di Durata superiore a centoventi 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 € 300.000,00.

Art.5 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione

Il Premio è corrisposto dalla PMI all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il pagamento da parte della PMI al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente.

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione, a condizione che:

- a) la PMI e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- b) l'Assicurato 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.6 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dalla PMI.

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

- I Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia** – centoventi mesi
- II Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** - centoventi mesi
- III Malattia Grave** – centoventi mesi

Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.7 – “Diritto di recesso della PMI” e 9 – “Estinzione anticipata, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso della PMI”, 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 Finanziamento e senza alcun rimborso di Premio, in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave, oppure in caso di decesso dell'Assicurato.

Art.7 – Diritto di recesso della PMI

La PMI 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 Finanziamento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'Impresa provvederà al rimborso del Premio alla PMI per il tramite del Contraente. Nel caso in cui il Premio sia stato finanziato, il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito della PMI in relazione al Finanziamento.

Art.8 - 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.

$$P = T \times N \times I_r$$

dove:

- P Premio unico anticipato
T tasso mensile pari a 0,0549%
N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

Ir Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione

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

Art.9 – Estinzione anticipata, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso della PMI

Nel caso di:

- estinzione anticipata del Finanziamento rispetto la Data di scadenza;
 - accollo del Finanziamento da parte di terzi come previsto dall'art.1273 C.C.;
 - trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
 - recesso della PMI 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 o di accollo o di surroga o di recesso e la PMI 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 Finanziamento 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 alla PMI per il tramite del Contraente.

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.

La PMI 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 Finanziamento e l'Assicurato potrà eventualmente designare un nuovo mandatario di pagamento; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata, di accollo oppure di trasferimento del Finanziamento.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento non si procederà ad alcuna restituzione di Premio e l'Assicurazione rimarrà operante fino alla Data di scadenza del Finanziamento in base piano di ammortamento finanziario originario del Mutuo, o del piano di rientro dell'Apertura di credito, come se l'estinzione parziale non fosse avvenuta.

Art.10 – Cessazione del rapporto tra Assicurato e PMI - Sostituzione dell'Assicurato

Nel caso in cui l'Assicurato cessi qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con la PMI, quest'ultima potrà indicare il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio che dovrà ritenersi assicurato in sostituzione del precedente.

Allo scopo la PMI dovrà compilare l'apposito Modulo di Sostituzione Assicurato disponibile presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Finanziamento

Il Modulo di Sostituzione Assicurato dovrà riportare i seguenti dati:

- numero di rapporto del Finanziamento;
- dati societari della PMI;
- dati anagrafici dell'Assicurato uscente;
- dati anagrafici dell'Assicurato entrante;
- data di decorrenza della garanzia (deve corrispondere alla data di stipula del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione);
- data di scadenza della garanzia (deve corrispondere alla Data di scadenza del Finanziamento);
- data di effetto della sostituzione (coincide con la data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato);
- Capitale Residuo del Finanziamento alla data di effetto della sostituzione.

Il nuovo Assicurato dovrà ottemperare alle modalità assuntive di cui all'art.2 – “Modalità di adesione alla Polizza Collettiva”; a tal proposito, relativamente a quanto previsto dalla tabella di cui all'art.2 stesso, si terrà conto non più dell'Importo Richiesto del Finanziamento, ma bensì del Capitale Residuo in essere alla data di effetto della sostituzione.

In caso di sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, il nuovo Assicurato sarà ammesso alla copertura assicurativa con decorrenza dalla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato.

Qualora invece sia richiesta la compilazione del Questionario Medico o la fornitura del Rapporto Visita Medica, sarà prevista una limitazione temporanea della garanzia. Fino alla produzione della documentazione assuntiva l'efficacia della garanzia per il nuovo Assicurato sarà limitata ai soli Sinistri riconducibili a infortunio, cioè eventi fortuiti, violenti ed esterni che abbiano come conseguenze lesioni corporali obiettivamente constatabili. Qualora si verificasse un Sinistro di Invalidità Permanente Totale non riconducibile a infortunio, oppure di Malattia Grave, la Società rimborserà, per il tramite del Contraente, il rateo di premio versato e non goduto, calcolato a decorrere dalla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato secondo la formulazione indicata all'art.9 – “Estinzione anticipata, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso della PMI”. Tale importo verrà computato dal Contraente a credito della PMI al fine di ridurre il debito residuo del Finanziamento.

Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'assicurato sia ritenuto non ammissibile in copertura, la Società rimborserà, per il tramite del Contraente, il rateo di premio versato e non goduto, calcolato a decorrere dalla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato secondo la formulazione indicata all'art.9 – “Estinzione anticipata, accollo,

surroga del Finanziamento – Recesso della PMI”. Tale importo verrà computato dal Contraente a credito della PMI al fine di ridurre il debito residuo del Finanziamento.

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 agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro trenta giorni da quest'ultima.

Il pagamento dell'Indennizzo verrà eseguito dall'Impresa nei confronti del Contraente, quale mandatario di pagamento dell'Assicurato, salvo eventuale designazione di un diverso mandatario di pagamento secondo quanto disciplinato dall'art.9 – “Estinzione anticipata, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Assicurato”.

In caso di Sinistro di Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave, il Contraente utilizzerà l'Indennizzo corrisposto dall'Impresa per la riduzione del debito della PMI derivante dal Finanziamento e renderà disponibile all'Assicurato l'eventuale eccedenza rispetto a tale debito.

In caso di Sinistro di Inabilità Temporanea Totale il Contraente utilizzerà l'Indennizzo corrisposto dall'Impresa per il pagamento delle eventuali rate insolute del Finanziamento della PMI scadute successivamente alla data di avvenimento del Sinistro e renderà disponibile all'Assicurato l'eventuale eccedenza rispetto all'importo complessivo di tali rate.

Il pagamento dell'Indennizzo avrà piena efficacia liberatoria nei confronti dell'Impresa. Il Contraente si impegna sin d'ora a manlevare ed a tenere indenne l'Impresa da ogni pretesa che possa essere avanzata in relazione al predetto pagamento.

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 dalla PMI o 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.

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 Finanziamento sottoscritto dalla PMI e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso.

La massima somma assicurabile viene stabilita pari a € 300.000,00 e in nessun caso l'Impresa sarà quindi tenuta a pagare, per singola adesione, importo maggiore di tale somma.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 300.000,00 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 Malattia Grave e con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3459.

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 Finanziamento 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 Finanziamento 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 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 della garanzia di Inabilità Temporanea Totale di cui alla Sezione II 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 di tale obbligo 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 originario del Mutuo, o del piano di rientro dell'Apertura di credito, 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.

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 trenta 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 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) 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 di tale obbligo 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 originario del Mutuo, o del piano di rientro dell'Apertura di credito, in essere al momento del Sinistro;
- e) 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).

L'Assicurato deve altresì:

- f) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- g) 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 Finanziamento scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale successivo, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Finanziamento medesima, comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo, o del piano di rientro dell'Apertura di credito, in essere al momento del Sinistro; 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.

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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE III MALATTIA GRAVE

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 Malattia Grave.

Art.36 – Periodo di Carenza

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

Art.37 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Malattia Grave 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) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- c) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- d) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- e) 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.);

- f) 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;
- g) cure dimagranti e dietetiche;
- h) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser.

Art.38 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità

La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Erogato del Finanziamento sottoscritto dalla PMI e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso.

La massima somma assicurabile viene stabilita pari a € 300.000,00 e in nessun caso l'Impresa sarà quindi tenuta a pagare, per singola adesione, importo maggiore di tale somma.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 300.000,00 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 Malattia Grave non può cumularsi con quello per Invalidità Permanente Totale e con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3459.

Art.39 – Malattia Grave

In caso di Malattia Grave che colpisca l'Assicurato, l'Impresa liquiderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento risultante alla data della certificazione medica attestante la diagnosi della Malattia.

Art.40 – Precedenti Indennizzi

Nel caso un'unica Malattia abbia causato prima un Sinistro di Inabilità Temporanea Totale e poi un Sinistro di Malattia Grave, l'Indennizzo per Malattia Grave sarà calcolato detraendo l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all'Assicurato a titolo della garanzia di Inabilità Temporanea Totale di cui alla Sezione II della presente Polizza Collettiva.

Art.41 – Estensione territoriale

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

Art.42 - 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 di tale obbligo 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 originario del Mutuo, o del piano di rientro dell'Apertura di credito, in essere al momento del Sinistro.

L'Assicurato deve altresì:

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

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-carpica in estensione rettilinea se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
- in semipronazione	18%		15%
- in pronazione	22%		18%
- in supinazione	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		80%	

renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato			
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°10025155
"Creditor Protection Finanziamenti PMI CHIRO Recall"
UniCredit
Data ultimo aggiornamento 01-01-2012

Dati Finanziamento		
Domanda di Finanziamento n° _____		
Dati PMI		
Ragione sociale	Partita IVA/Codice Fiscale	

Dati Assicurato		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

Dati copertura assicurativa		
Durata del Finanziamento in mesi _____		
Importo Richiesto del Finanziamento € _____		
Premio unico anticipato		
€ _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)		
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
€ _____		
Importo percepito dall'intermediario		
€ _____		

La sottoscritta PMI:

PRENDE ATTO che **UniCredit S.p.A. ("Banca")** ha stipulato con **CreditRas Assicurazioni S.p.A. ("CRA")**, per conto dei propri clienti intestatari di un Finanziamento da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025155 ("**Polizza**") concernente una copertura assicurativa per i casi di Inabilità Permanente Totale, di Inabilità Temporanea Totale e di Malattia Grave.

DICHIARA di avere letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo ricevuto.

DICHIARA di aver ricevuto e sottoscritto l'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

DICHIARA di aderire alla **Polizza**.

PRENDE ATTO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione, 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 Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario.

DESIGNA come Assicurato la persona sopra indicata.

AUTORIZZA la **Banca** a trasmettere a **CRA** le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione della **Polizza**.

DÀ MANDATO irrevocabile alla **Banca** di effettuare in nome e per conto proprio il pagamento del Premio a favore di **CRA**. Il pagamento di tale Premio da parte propria alla **Banca** avverrà mediante addebito sul proprio conto corrente.

Data _____ Firma Legale Rappresentante della PMI _____

DICHIARAZIONI DELLA PMI

La sottoscritta PMI **DICHIARA** di avere ricevuto da parte del Contraente, prima dell'adesione alla presente **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 Legale Rappresentante della PMI _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità della suddetta **Polizza DICHIARO** espressamente di dare mandato irrevocabile alla **Banca**, ai sensi dell'art.1723, secondo comma del Codice Civile, anche nell'interesse di quest'ultima o di terzi, per i casi di Invalidità Permanente Totale, di Inabilità Temporanea Totale e di Malattia Grave, ad incassare ogni indennizzo dovuto da **CRA** in base alla **Polizza**.

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.2 – “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 suddetta **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 _____