

FASCICOLO INFORMATIVO

Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni

N°10025261

Creditor Protection Finanziamenti

con Premio finanziato

Imprese CHIRO - 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'Impresa prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Edizione: 25/05/2018– Ultimo aggiornamento: 25/05/2018

NOTA INFORMATIVA
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025261
Creditor Protection Finanziamenti con Premio finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 25-05-2018

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'Impresa deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali	Impresa di Assicurazione: 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: Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia) Recapito telefonico: 800.11.66.33 Sito Internet: www.creditrasassicurazioni.it Indirizzo di posta elettronica: info_creditras@allianz.it Indirizzo Mail PEC: creditrasassicurazioni@pec.allianz.it Impresa di Assicurazione 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 di Assicurazione	Le informazioni patrimoniali sull'Impresa sono reperibili all'interno della Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria disponibile 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 120 (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 Invalità Permanente Totale derivante da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%; Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia; Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia. 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.4 – "Persone non assicurabili"; 17, 26, 35,43 – "Oggetto dell'Assicurazione"; 18, 27, 36, 44 – "Periodo di Carenza"; 19, 28, 37, 45 – "Esclusioni"; 20, 38 – "Somma assicurata per singolo Assicurato – Limiti di assicurabilità"; 23, 40 – "Precedenti Indennizzi"; 31, 48 – "Denunce successive"; 32,49 – "Periodo di Franchigia"; 34, 51 – "Limiti di Indennizzo"; delle Condizioni di Assicurazione. AVVERTENZA Sono previsti periodi di franchigia. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.32, 49 – "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, 51 – "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 30 (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, 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 che influiscano 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.
6. Premio	Il Premio 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 dall'Impresa all'Impresa di Assicurazione in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il pagamento da parte dell'Impresa al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo.

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

- Premio puro – 38,43%
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – 61,57%, di cui
 - provvigioni percepite dall'Intermediario – 49,50%

Esempio

- Premio unico anticipato finito - € 1.025,00
- Premio unico anticipato imponibile - € 1.000,00 (al netto dell'imposta 2,50%)
- Premio puro – € 384,30
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – € 615,70, di cui
 - provvigioni percepite dall'Intermediario – € 495,00

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 dell'Impresa, l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione, di accollo o di surroga o in caso di recesso, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, dalla data di scadenza di ogni singola annualità. L'Impresa avrà diritto ad ottenere dall'Impresa di Assicurazione il rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto. L'Impresa potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione, richiedere espressamente all'Impresa di Assicurazione 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 dell'Impresa – Estinzione anticipata parziale” delle Condizioni di Assicurazione.

L'Impresa di Assicurazione provvederà al rimborso del Premio all'Impresa 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 Finanziamento.

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, l'Assicurazione rimane operativa fino alla scadenza originaria del Finanziamento per il Capitale Residuo e rata mensile, così come ricalcolati a seguito della suddetta estinzione anticipata parziale. L'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di premio imponibile pagato e non goduto per il tramite del Contraente. In alternativa, l'Assicurato potrà richiedere espressamente all'Impresa, di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento, come se l'estinzione anticipata parziale non fosse mai avvenuta. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata parziale del Finanziamento.

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

$$R = \left(Ppu \times \frac{(N-K) \times (N-K+1)}{N \times (N+1)} + H \times \frac{(N-K)}{N} \right) \times \frac{Cap_{est}}{CR}$$

dove:

R=importo da rimborsare

Ppu= Premio unico anticipato puro

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 eccesso)

CR= Capitale Residuo prima dell'estinzione anticipata parziale

Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale versato dal cliente

In caso di ulteriori e successive estinzioni anticipate parziali del Finanziamento, per ciascuna successiva estinzione anticipata parziale, verrà utilizzato il valore del premio imponibile opportunamente ricalcolato, in base alle risultanze delle precedenti operazioni di estinzione anticipata parziale.

7. Diritto di Recesso

AVVERTENZA L'Impresa può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

L'Impresa di Assicurazione provvede al rimborso del Premio entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Impresa.

Si rinvia all'art.9 – “Estinzione anticipata, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa - Estinzione anticipata parziale” delle Condizioni di Assicurazione. Non è previsto il diritto di recesso da parte dell'Impresa di Assicurazione.

Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, alla sola Impresa è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità. 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. Il Contraente provvederà a darne comunicazione all'Impresa di Assicurazione. In tale caso, l'Impresa avrà diritto ad ottenere dall'Impresa di Assicurazione il rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

Si rinvia all'art.7 – “Diritto di recesso dell'Impresa” delle Condizioni di Assicurazione.

Il calcolo dell'importo da rimborsare è 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 eccesso)

L'Impresa di Assicurazione provvederà al rimborso del Premio all'Impresa per il tramite del Contraente.

ESEMPIO

Importo richiesto del Finanziamento pari ad € 100.000; durata del Finanziamento 60 mesi

In caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento trascorsi i primi 40 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P = € 3.106,80

Ppu = € 1.164,82
H = € 1.866,20
N = 60
K = 40
R = € 755,74

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dalla Polizza Collettiva

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

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"; 12 – "Pagamento dell'Indennizzo"; 25, 30, 42,47 – "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 di grado pari o superiore al 60%" 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, 47 – "Obblighi in caso di Sinistro" delle Condizioni di Assicurazione.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il contratto o il servizio assicurativo, possono essere presentati per iscritto alla Società mediante:

- posta cartacea indirizzata a: CreditRas Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano
- e-mail: reclami@creditrassassicurazioni.it
- fax: 02 72162588

La Società fornirà risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo della Compagnia, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante.

Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Compagnia in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Compagnia e dall'intermediario, e verranno separatamente risolti al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.

In caso di mancato o parziale *accoglimento del* reclamo o qualora l'esito dello stesso non sia stato ritenuto soddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopracitato, il reclamante potrà rivolgersi a:

IVASS

Via del Quirinale 21, 00187 Roma
Fax: 06.42.133.206
tutela.consumatore@pec.ivass.it

corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Società e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte della Società. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER IL CONSUMATORE – Come presentare un reclamo", nonché sul sito della Società (www.creditrassassicurazioni.it) alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

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

Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- mediazione (L. 9/8/2013, n.98 e successive eventuali modifiche): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162 e successive eventuali modifiche): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

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.

14. Conflitto d'interesse

CREDITRAS ASSICURAZIONI S.p.A. è una compagnia facente parte del gruppo assicurativo ALLIANZ S.p.A., il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da ALLIANZ S.p.A. ed UniCredit S.p.A.

CREDITRAS ASSICURAZIONI S.p.A., pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo Unicredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto.

15. Informativa in corso di contratto di Assicurazione

Gli aggiornamenti non derivanti da innovazioni normative apportati al presente Fascicolo Informativo successivamente alla data di adesione alla polizza, saranno consultabili sul sito istituzionale www.creditrassicurazioni.it

Inoltre, nel sito internet di CreditRas Assicurazioni S.p.A. è attiva all'indirizzo www.creditrasassicurazioni.it un'apposita Area Riservata a disposizione di ciascun titolare di posizione assicurativa. Per accedere è sufficiente selezionare l'apposito link presente nella home page del sito internet della Società e, dopo una semplice registrazione, l'Assicurato potrà ricevere al proprio indirizzo di posta elettronica, le credenziali identificative rilasciate per l'accesso.

Tramite l'Area Riservata l'Assicurato potrà consultare le proprie coperture attive, la relativa documentazione contrattuale e tenere costantemente sotto controllo lo stato dei pagamenti dei premi.

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

Roberto Giordano

Elena Tonelli



GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025261
Creditor Protection Finanziamenti con Premio finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 25/05/2018

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

Apertura di credito

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa, non garantito da ipoteca su immobili, avente per oggetto la messa a disposizione dell'Impresa, da parte del Contraente, di una somma predeterminata utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; l'Impresa potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma finanziata dovrà essere restituita dall'Impresa 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 l'Impresa, designata dall'Impresa stessa sul Modulo di Adesione;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Capitale Residuo

il debito residuo in linea capitale a carico dell'Impresa 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 CreditRas Assicurazioni per conto degli Assicurati e cioè UniCredit S.p.A.;

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 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 all'Impresa; differisce dall'Importo Richiesto in quanto viene finanziato anche il Premio della presente Polizza Collettiva e/o di altre coperture connesse al Mutuo o all'Apertura di credito;

Importo Richiesto del Finanziamento

l'importo del Finanziamento richiesto dall'Impresa al Contraente;

Impresa

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

Impresa di Assicurazione

CreditRas Assicurazioni S.p.A. (per brevità "CreditRas Assicurazioni");

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 da CreditRas Assicurazioni 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%;

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, III 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'ECC;
 - 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;
- g) **Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente** di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%;

Modulo di Adesione

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

Modulo di Sostituzione Assicurato

il documento sottoscritto dall'Impresa, dall'Assicurato uscente e dal nuovo Assicurato mediante il quale l'Impresa indica il nuovo Assicurato in sostituzione dell'Assicurato uscente;

Mutuo

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa avente per oggetto la concessione all'Impresa, 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;

Polizza Collettiva

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

Premio

la somma dovuta dall'Impresa a CreditRas Assicurazioni in relazione all'Assicurazione;

Questionario Medico

il modulo contenente domande sullo stato di salute dell'Assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

Rapporto Visita Medica

il modulo che deve essere compilato dall'Assicurando e da un medico iscritto all'albo dei medici in Italia con domande sullo stato di salute dell'Assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

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 contro i Danni n°10025261
Creditor Protection Finanziamenti con Premio finanziato
Imprese CHIRO UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 25-05-2018

Art.1 – Sezioni di Polizza

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti sezioni:

- I Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%
- II Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia
- III Malattia Grave
- IV Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

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

Art.2 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva

L'adesione alla Polizza Collettiva avviene mediante compilazione e sottoscrizione, da parte dell'Impresa e dell'Assicurato stesso, del Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Impresa e per il Contraente/CreditRas Assicurazioni).

2.1 Formalità di ammissione alla polizza collettiva

Valutata preventivamente l'adeguatezza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'Assicurando, l'accesso alla copertura assicurativa è subordinato alla compilazione di moduli (Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica) atti a valutare lo stato di salute dell'Assicurando.

Avvertenza: Nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurando più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa di Assicurazione, l'Importo Richiesto del Finanziamento da considerare ai fini dell'applicazione delle regole definite nella tabella che segue sarà pari alla somma di tutti i singoli importi richiesti relativi all'Assicurando stesso.

Importo Richiesto del Finanziamento	Età alla stipula da 18 a 65 anni compiuti	Età alla stipula da 66 a 70 anni NON compiuti
Fino a € 300.000,00	A Questionario Medico	B Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000,00 Fino a € 500.000,00	B Rapporto di Visita Medica	B Rapporto di Visita Medica

Le informazioni inerenti lo stato di salute fornite all'Impresa di Assicurazione dall'Assicurando devono corrispondere a verità ed esattezza, in caso contrario valgono le disposizioni previste dall'articolo 13 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

Le spese relative alla redazione del Rapporto di Visita Medica, agli esami obbligatori ad esso collegati ed agli eventuali accertamenti medici richiesti successivamente alla presentazione del Rapporto di Visita Medica sono a totale carico dell'Impresa aderente alla Polizza Collettiva.

2.2 Valutazione dello stato di salute.

La valutazione dello stato di salute ai fini dell'assumibilità del rischio avviene secondo le seguenti modalità:

A. Questionario Medico

Compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico la cui valutazione da parte dell'Impresa di Assicurazione abbia fornito esito positivo.

Una copia del Questionario Medico dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

B. Rapporto di Visita Medica

Il Rapporto di Visita Medica debitamente compilato con gli esami obbligatori allegati, e l'eventuale documentazione integrativa, devono essere trasmessi all'Impresa di Assicurazione dal Contraente tramite mail all'indirizzo di posta elettronica Ban-cass.Danni.Ass.Pol.Coll@allianz.it oppure al numero di Fax dedicato 02 72165074.

L'impresa di Assicurazione ricevuta tutta la documentazione di cui sopra, provvederà alla valutazione del rischio e comunicherà al Contraente per iscritto l'accettazione o il rifiuto di concedere alla copertura assicurativa.

2.3 Adesione alla Polizza Collettiva

Esaurite le formalità di valutazione dell'adeguatezza del prodotto e dell'assumibilità del rischio a seguito della valutazione dello stato di salute, l'Assicurando per aderire alla Polizza Collettiva deve compilare e sottoscrivere in ogni sua parte il Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva (vedi copia allegata) redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Impresa e per il Contraente/CreditRas Assicurazioni).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Impresa della contemporanea adesione anche alla collegata Polizza Collettiva Vita n° 3472, 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 Finanziamento;
- b) dati societari dell'Impresa,
- c) dati anagrafici dell'Assicurato;
- d) Durata del Finanziamento;
- e) Importo Richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, dovrà essere riportato tale importo massimo);
- f) Premio unico anticipato;
- g) costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- h) importo percepito dall'Intermediario.

Con riguardo alla percentuale di quota assicurativa, vale quanto segue:

Assicurazione Intera – la Somma Assicurata iniziale è pari a una percentuale di copertura assicurativa del 100%;

2.4 Operatività della prestazione assicurata.

La Polizza Collettiva è da ritenersi operante esclusivamente nel caso in cui la stipula del Finanziamento avvenga entro 180 (centoottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Finanziamento si verificano variazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne immediata comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Contraente al fine di espletare nuovamente **le formalità di ammissione** alla polizza.

In caso contrario valgono le disposizioni dell'articolo 13 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

Se alla scadenza del termine di 180 (centoottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione il contratto di Finanziamento non è stato ancora stipulato, l'adesione alla presente Polizza Collettiva è da ritenersi nulla.

L'Assicurato, qualora intendesse aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, dovrà pertanto ripetere la procedura di cui al presente articolo 2 - **Procedura di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva**.

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

All'Impresa dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

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

Una copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto e dell'Informativa privacy dovranno rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarle tempestivamente all'Impresa di Assicurazione 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 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 erogato dal Contraente di Durata superiore a centoventi mesi;
- d) non siano residenti in Italia;
- e) la cui valutazione del Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica da parte dell'Impresa di Assicurazione, abbia avuto esito negativo.

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

Il Premio è corrisposto dall'Impresa all'Impresa di Assicurazione in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il pagamento da parte dell'Impresa al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo.

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

- a) l'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- b) l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; ovvero
- c) si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione;

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 dall'Impresa e non potrà comunque avere durata superiore a 120 (centoventi) mesi.

Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.7 – "Diritto di recesso dell'Impresa" e 9 – "Estinzione anticipata, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa - Estinzione anticipata parziale", 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 di grado pari o superiore al 60% o Malattia Grave, oppure in caso di decesso dell'Assicurato.

Art.7 – Diritto di recesso dell'Impresa

L'Impresa può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni 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 di Assicurazione provvederà al rimborso dell'intero Premio all'Impresa per il tramite del Contraente. Il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Impresa in relazione al Finanziamento. Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, alla sola Impresa è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità. 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. Il Contraente provvederà a darne comunicazione all'Impresa di Assicurazione. L'Impresa di Assicurazione provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso all'Impresa della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto, secondo quanto disposto dal successivo art.9 - Estinzione anticipata, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa - Estinzione anticipata parziale. Il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Finanziamento.

Resta inteso che, anche in caso di esercizio del diritto di recesso annuale da parte dell'Impresa, previsto dal presente articolo, la collegata Polizza Collettiva Vita n°3472, resterà in vigore.

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.

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

dove:

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

T tasso mensile pari a 0,05178%

N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

Ir Importo Richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, ai fini del calcolo del Premio si terrà conto di tale importo massimo).

Art.9 – Estinzione anticipata, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa – Estinzione anticipata parziale

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 dell'Impresa in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione ai sensi del precedente art.7;

l'Assicurazione cesserà a decorrere:

- dalla data di estinzione anticipata del Finanziamento;
 - dalla data di accollo del Finanziamento;
 - dalla data di surroga del Finanziamento;
 - dalla data di scadenza di ogni singola annualità dell'Assicurazione in caso di esercizio del diritto di recesso, in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione, esercitato nei termini e nelle modalità indicate al precedente art. 7;
- e l'Impresa avrà diritto ad ottenere dall'Impresa di Assicurazione 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 di Assicurazione provvederà al rimborso del Premio all'Impresa per il tramite del Contraente che, nel solo caso di recesso e qualora il Premio sia stato finanziato, utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato medesimo in relazione al Finanziamento.

ESEMPIO

Importo richiesto del Finanziamento pari ad € 100.000; durata del Finanziamento 60 mesi

In caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento trascorsi i primi 40 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P = € 3.106,80

Ppu = € 1.164,82

H = € 1.866,20

N = 60

K = 40

R = € 755,74

L'Impresa potrà, relativamente ai soli casi di estinzione anticipata, di acollo o di surroga, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere espressamente a all'Impresa di Assicurazione di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Finanziamento; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto a all'Impresa di Assicurazione tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata, di acollo oppure di trasferimento del Finanziamento.

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, l'Assicurazione rimane operativa fino alla scadenza originaria del Finanziamento per il Capitale Residuo e rata mensile del Finanziamento, così come ricalcolati a seguito della suddetta estinzione anticipata parziale. L'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di premio imponibile pagato e non goduto per il tramite del Contraente. In alternativa, l'Assicurato potrà richiedere espressamente all'Impresa, di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento, come se l'estinzione anticipata parziale non fosse mai avvenuta. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata parziale del Finanziamento.

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

$$R = \left(P_{pu} \times \frac{(N-K) \times (N-K+1)}{N \times (N+1)} + H \times \frac{(N-K)}{N} \right) \times \frac{Cap_est}{CR}$$

dove:

R = importo da rimborsare

P_{pu} = Premio unico anticipato puro

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 eccesso)

CR = Capitale Residuo prima dell'estinzione anticipata parziale

Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale versato dal cliente

In caso di ulteriori e successive estinzioni anticipate parziali del Finanziamento, per ciascuna successiva estinzione anticipata parziale, verrà utilizzato il valore del premio imponibile opportunamente ricalcolato, in base alle risultanze delle precedenti operazioni di estinzione anticipata parziale.

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

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

Allo scopo l'Impresa 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:

- a) numero di rapporto del Finanziamento;
- b) dati societari dell'Impresa;
- c) dati anagrafici dell'Assicurato uscente;
- d) dati anagrafici dell'Assicurato entrante;
- e) data di decorrenza della garanzia (deve corrispondere alla data di stipula del Finanziamento);
- f) data di scadenza della garanzia (deve corrispondere alla Data di scadenza del Finanziamento);
- g) data di effetto della sostituzione (coincide con la data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato);
- h) 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 dell'importo del debito residuo del Finanziamento così come in essere alla data di effetto della sostituzione.

Il nuovo Assicurato sarà ammesso alla copertura assicurativa con decorrenza dalla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato a condizione che:

- a) abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; ovvero
- b) si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione.

In entrambi i casi 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 di grado pari o superiore al 60% 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, acollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa – Estinzione anticipata parziale". Tale importo verrà computato dal Contraente a credito dell'Impresa al fine di ridurre il debito residuo del Finanziamento.

Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'assicurando 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, acollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa – Estinzione anticipata parziale". Tale importo verrà computato dal Contraente a credito dell'Impresa 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 di Assicurazione, 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 - Beneficiari

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 30 (trenta) giorni da quest'ultima.

In caso di decesso dell'Assicurato, per ogni garanzia prevista dal presente contratto :

- a) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa abbia potuto effettuare gli accertamenti necessari gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione richiesta agli articoli "Obblighi in caso di Sinistro" di cui alle successive Sezioni, il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione del danno in base alla documentazione disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro. Nel caso l'indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'impresa paga agli eredi previa produzione della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'indennizzo spettante per la prestazione invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto;
- b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'indennizzo spettante e, l'importo quantificato offerto.

Art.13 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze 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 di Assicurazione con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre coperture assicurative contratte dall'Impresa 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 PER LA SEZIONE I INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 60%

Art.17 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione 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 semprechè 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 di grado pari o superiore al 60% causati o derivanti da:

- a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- d) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- f) 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;
- g) 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;
- h) 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;
- i) 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;
- j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- l) 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 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- m) 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.);
- n) 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;
- o) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

- 1) ernie;
- 2) infarti da qualsiasi causa determinati;
- 3) subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 4) infertilità e 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 dall'Impresa e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, la somma assicurata, come sopra determinata, sarà ridotta nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento; in nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a pagare, per singola adesione, importo maggiore di € 500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60%.

La somma massima assicurata per ciascun Assicurato, si intende aumentata ad € 1.000.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 60%, e ad € 1.500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 60% a seguito di incidente stradale.

In nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato una somma maggiore di:

- a) € 500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60%;
- b) € 1.000.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 60%;
- c) € 1.500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 60% a seguito di incidente stradale;

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 da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%, non può cumularsi con quello per Malattia Grave e con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3472.

Art.21 – Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 60%

Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% 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 di Assicurazione 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 o parziale, 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%.

I postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 (dodici) mesi dalla data di denuncia.

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 di grado pari o superiore al 60%

Qualora la Malattia abbia per conseguenza diretta l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% dell'Assicurato, l'Impresa di Assicurazione 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 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.

I postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, la Malattia denunciata abbia concluso la sua fase acuta, e comunque entro un periodo massimo di 18 (diciotto) mesi dalla data di denuncia.

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

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 di grado pari o superiore al 60%, l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, sarà calcolato detraendo l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all'Assicurato a titolo della garanzia 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 di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro o da quando ne ha avuto conoscenza, tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione. A tal fine, presso la filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata per la richiesta di liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito telefonico 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 fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- c) 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;
- d) fornire certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale;
- e) 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 di Assicurazione.

L'Assicurato deve altresì:

- f) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa di Assicurazione;
 - g) 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. Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, i suoi eredi legittimi devono darne immediato avviso all'impresa e fornire il certificato di morte all'assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.
- 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 PER LA SEZIONE II INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Art.26 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione 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 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora la Malattia insorga o venga diagnosticata entro 30 (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) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- d) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- f) 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;
- g) 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;
- h) 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;
- i) 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;
- j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- l) 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 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- m) 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.);
- n) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- o) 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;
- p) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
- q) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

- 1) ernie;
- 2) infarti da qualsiasi causa determinati;
- 3) subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 4) infertilità e 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 di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione. A tal fine, presso la filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata per la richiesta di liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione al numero telefonico 02.7216.7700.

Allo stesso recapito telefonico 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 fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- c) 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;
- d) 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:

- e) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa di Assicurazione;
 - f) 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 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro deve compilare ed inviare a all'Impresa di Assicurazione, 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 di Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (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 90 (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 60 (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 di Assicurazione 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.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, l'Indennizzo, come sopra determinato, sarà ridotto nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento.

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 48 (quarantotto) rate per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale 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 Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE III MALATTIA GRAVE

Art.35 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione 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 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora la Malattia Grave insorga o venga diagnosticata entro 90 (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) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- b) 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.);

- c) 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;
- d) cure dimagranti e dietetiche;
- e) 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 dall'Impresa e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, la somma assicurata, come sopra determinata, sarà ridotta nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento; in nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a pagare, per singola adesione, importo maggiore di € 500.000,00.

In nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 500.000,00 anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa di Assicurazione.

L'Indennizzo per Malattia Grave non può cumularsi con quello per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% e con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3472.

Art.39 – Malattia Grave

In caso di Malattia Grave che colpisca l'Assicurato, l'Impresa di Assicurazione 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 o di Ricovero Ospedaliero 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 o di Ricovero Ospedaliero di cui alle Sezioni II e IV 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 di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione. A tal fine, presso la filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata per la richiesta di liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito telefonico 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 fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- c) 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:

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

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE 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.

Art.44 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora il Ricovero Ospedaliero avvenga, oppure la Malattia insorga o venga diagnosticata entro 60 (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) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- d) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;

- f) 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;
 - g) 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;
 - h) 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;
 - i) 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;
 - j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
 - k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
 - l) 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 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
 - m) 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.);
 - n) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
 - o) 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;
 - p) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
 - q) cure dimagranti e dietetiche.
- Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:
- 1) ernie;
 - 2) infarti da qualsiasi causa determinati;
 - 3) subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
 - 4) infertilità e 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 di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione. A tal fine, presso la filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata per la richiesta di liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito telefonico 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 fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- c) fornire copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro;
- d) fornire certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica;

L'Assicurato deve altresì:

- e) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa di Assicurazione;
- f) 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 30 (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 di Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro.

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

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 Carenza pari a 60 (sessanta) giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riquilificazione di 30 (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 7 (sette) giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Impresa 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 Finanziamento scadente durante il periodo di Ricovero Ospedaliero 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 Finanziamento 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. In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, l’Indennizzo, come sopra determinato, sarà ridotto nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l’Importo Erogato del Finanziamento.

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 48 (quarantotto) rate per tutta la durata dell’Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale 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 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	18%		15%
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
- in semipronazione	22%		18%
- in pronazione	25%		22%
- in supinazione	35%		30%

DESCRIZIONE	PERCENTUALE	
	Destro	Sinistro
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 contro i danni n°10025261
Creditor Protection Finanziamenti con Premio finanziato
Imprese CHIRO -UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 25-05-2018

Dati Finanziamento			
Domanda di Finanziamento n° _____			
Dati Impresa			
Ragione sociale _____		Partita IVA/Codice Fiscale _____	
Dati Assicurato			
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____	
Dati copertura assicurativa			
Durata del Finanziamento in mesi _____			
Importo Richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento sia maggiore di € 500.000,00, deve essere riportato tale importo massimo) € _____			
Premio unico anticipato			
€ _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)			
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)			
€ _____			
Provvigioni percepite dall'Intermediario			
49,50% sul premio imponibile pari a € _____			

La sottoscritta **Impresa**:

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 contro i danni n°10025261 ("**Polizza**") concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%**, di **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**, di **Malattia Grave** e di **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**.

DICHIARA di essere consapevole che l'adesione alla presente **Polizza** è facoltativa.

DICHIARA 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 e Informativa privacy - ai sensi e per gli effetti di cui all'art.30 del Regolamento ISVAP n°35 del 26 maggio 2010 e successive modifiche e/o integrazioni.

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

DICHIARA di essere consapevole che il contratto assicurativo prevede limitazioni ed esclusioni, periodi di carenza e periodi di franchigia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

DICHIARA di aver ricevuto e di conoscere ed accettare l'Informativa informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale.

DICHIARA di aderire alla **Polizza**.

PRENDE ATTO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento, a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto o il Rapporto di Visita Medica (ove previsto) e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente da **CRA**; c) 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.

PRENDE ATTO che la somma assicurata iniziale non può essere superiore a € 500.000,00; in caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, il calcolo della somma assicurata sarà effettuato tenendo conto della proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento. In nessun caso (nemmeno qualora il Finanziamento erogato sia pari ad un importo maggiore di € 500.000,00) **CRA** sarà tenuta a pagare importo maggiore di: a) € 500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60% e nel caso di Malattia Grave; b) € 1.000.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di

grado pari o superiore al 60%; c) € 1.500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 60% a seguito di incidente stradale.

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 dell'Impresa alla Banca avverrà mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso la Banca medesima. L'Impresa autorizza a tal fine la Banca a finanziare l'importo del Premio, con conseguente incremento dell'importo erogato e della corrispondente rata.

Data _____ Firma Legale Rappresentante o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Impresa aderente _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità della Polizza **DICHIARO** espressamente di dare mandato irrevocabile all'Impresa, 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 grado pari o superiore al 60%**, di **Inabilità Temporanea Totale**, di **Malattia Grave**, e di **Ricovero Ospedaliero** ad incassare ogni indennizzo dovuto da CRA in base alla presente Polizza.

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO E RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Ai fini dell'Assicurazione, l'Assicurato **DICHIARA** di aver compilato e sottoscritto il Questionario Medico preventivamente ricevuto (trattenendone copia) e/o di aver fornito il Rapporto di Visita Medica (corredato dalla relativa documentazione sanitaria integrativa richiesta) ove previsto, e che la valutazione rilasciata da CRA ha fornito esito positivo.

Firma Assicurato _____

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte di CRA, possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- prima della sottoscrizione del Questionario Medico l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute.
- l'Impresa può chiedere, previo consenso dell'Assicurato, che lo stesso, venga sottoposto a visita medica per certificarne l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

DIRITTO DI RECESSO DELL'IMPRESA

L'Impresa può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni 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. Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, alla sola Impresa è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità. 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.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Impresa e l'Assicurato, preso atto dell'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali - contenuta nel presente Modulo di Adesione - acconsentono al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati nonché per le finalità connesse alla conclusione ed all'esecuzione del presente contratto assicurativo.

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Impresa aderente _____

Firma Assicurato _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza. Nel rispetto di questo quadro normativo, il Titolare acquisisce i dati dell'interessato per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati stessi. A tal fine le precisiamo che la nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraente/Assicurati).

1. Titolare del Trattamento e informazioni di contatto

Il titolare del trattamento dei dati è CreditRas Assicurazioni S.p.A., con sede a Milano in P.zza Tre Torri 3, che definisce modalità e finalità del trattamento dei Suoi dati personali. La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel presente documento, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile agevolmente e gratuitamente scrivendo CreditRas Assicurazioni S.p.A – P.zza Tre Torri 3 – 20145 Milano, ove sono disponibili anche la lista dei Responsabili del trattamento in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. Per comodità, indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A, P.zza Tre Torri 3 – Milano, oppure scrivendo all'indirizzo mail: Dpo.CreditRas.Assicurazioni@creditrassicurazioni.it.

2. Categorie di dati raccolti

La Società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraente/Assicurati). Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari (nello specifico dati relativi alla salute o all'appartenenza a sindacati) trattati solo in quanto siano strumentali all'esecuzione del rapporto assicurativo. Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- Dati personali;
- Dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute, vita sessuale, orientamento sessuale, origine razziale o etnica, ecc.) **per i quali si richiede un ESPRESSO CONSENSO al trattamento;**
- Dati giudiziari;
- Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc.. sono utilizzati da CreditRas Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Allianz SE e da terzi, a cui essi verranno comunicati, al fine di consentire alla Società stessa – anche per conto di altre società del Gruppo Allianz SE – di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché dare esecuzione a servizi connessi, accessori e strumentali all'erogazione della prestazione assicurativa e, ancora, dare esecuzione a prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- limitatamente ad alcuni dati, anche eventualmente comunicati a CreditRas Assicurazioni S.p.A. da terzi, adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo.

I dati personali, anche sensibili e giudiziari, saranno trattati e potranno essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE per finalità di antifrode (come anche indicato nel Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o il perseguimento di frodi assicurative). I dati degli interessati, potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3.a Base Giuridica del trattamento

Tenuto conto che CreditRas Assicurazioni S.p.A. ha previsto di chiedere il consenso al trattamento dei dati, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali. In via alternativa, in mancanza del suo espresso consenso la base giuridica dei trattamenti consiste nel fatto che, in talune circostanze, il trattamento è necessario all'esecuzione di prestazioni contrattuali, cui CreditRas Assicurazioni S.p.A. è tenuta, e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

3.b Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

CreditRas Assicurazioni S.p.A. chiede, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei dati personali strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi richiesti dagli interessati. Per i servizi e prodotti assicurativi la Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" e/o giudiziari, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi come nel caso di perizie mediche utilizzate per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità. Premesso che il **consenso** al trattamento dei dati personali è **facoltativo**, preme precisare che, **in caso di rifiuto**, CreditRas Assicurazioni S.p.A. si vedrà costretta a non poter procedere all'esecuzione del servizio assicurativo, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati siano stati forniti direttamente dagli interessati per l'esecuzione della prestazione assicurativa e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

4. Modalità d'uso dei dati

I dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire i servizi e le informazioni richieste dagli interessati e, qualora si acconsenta, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS, tablet, smartphone, ipad, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati, ed informatici. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del Gruppo Allianz SE, in Italia e all'estero. Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati personali e come essi vengono utilizzati.

5. Destinatari dei suoi dati personali. Chi potrà accedere ai suoi dati

Per taluni servizi, inoltre, potranno essere utilizzati soggetti di nostra fiducia che svolgano per conto di CreditRas Assicurazioni S.p.A., compiti di natura tecnica od organizzativa tali per cui il trattamento dei dati da parte loro risulti necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo finalizzato alla liquidazione dei sinistri e per la redistribuzione del rischio. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono diretti collaboratori di CreditRas Assicurazioni S.p.A. e ricoprono la funzione di "responsabile", di incaricato, ovvero operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva, quali (intermediari bancari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione), consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi (anche informatici, telematici o di archiviazione), cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti. Così pure i dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da CreditRas Assicurazioni S.p.A. a enti e organismi pubblici, quali ad esempio IVASS – Consap – COVIP – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine. In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute. Si informa inoltre che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati.

5.a Possibili ulteriori destinatari dei suoi dati personali

Per le sole finalità descritte al precedente paragrafo 3, inoltre, i dati personali potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che riguarda l'interessato (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I dati personali degli interessati potrebbero essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Società. Nel caso in cui le suddette BCRs non trovassero applicazione, CreditRas Assicurazioni S.p.A. attuerà tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei dati personali.

Nel caso in cui si voglia ottenerne una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 800.11.66.33 e mail privacy@creditrassicurazioni.it.

In ogni caso, qualora i dati personali dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, CreditRas Assicurazioni S.p.A. garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, nello specifico, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che siano state approvate dalla Commissione Europea. CreditRas Assicurazioni S.p.A. non trasferirà in alcun caso i dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento degli stessi.

7. I Suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito viene riportato l'elenco specifico dei diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati che lo riguardano. L'interessato potrà:

1. accedere ai suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il proprio consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei propri dati dai sistemi di CreditRas Assicurazioni S.p.A. (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei suoi dati (limitazione) in determinate circostanze per esempio qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
6. conoscere l'esistenza di eventuale processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento;
7. ottenere copia dei suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati siano trasferiti a un paese terzo e ottenere informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della norma di riferimento;
9. adire la funzione privacy di CreditRas Assicurazioni S.p.A. ovvero il Garante della Privacy.

7.a) Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, gli interessati potranno anche esercitare il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i loro dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto. L'eventuale richiesta di cancel-

lazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso. Per l'esercizio dei suoi diritti derivanti dal contratto di assicurazione può rivolgersi a CreditRas Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, Tel.: 800.11.66.33 o e-mail privacy@creditrassicurazioni.it.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussista la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, CreditRas Assicurazioni S.p.A. avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono. In ogni caso CreditRas Assicurazioni S.p.A. adotterà ogni cura per evitare un utilizzo dei dati stessi a tempo indeterminato, procedendo con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate. In applicazione di questi criteri, di seguito si indicano gli specifici tempi di conservazione:

- 15 anni dalla cessazione dell'utilizzo dei dati stessi, in ossequio al combinato disposto della vigente normativa civilistica-fiscale-assicurativa (art. 2220 cod.civ., Reg. IVASS 5/2006, Reg. IVASS 27/2008, e s.m.i.).

Nei residuali casi in cui non sia possibile individuare uno specifico termine di conservazione del dato personale, il termine di conservazione sarà determinato secondo i criteri finalizzati al rispetto dei principi di correttezza, bilanciamento degli interessi, necessità e minimizzazione.

9. Diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo

L'interessato ha anche il diritto di proporre reclamo dinnanzi al Garante della Privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.

FASCICOLO INFORMATIVO