

Vera Assicurazioni S.p.A. Vera Protezione S.p.A.

CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO ABBINABILE AI MUTUI NUOVI E STOCK CHIROGRAFARI/APERTURE DI CREDITO CON PIANO DI RIMBORSO PROGRAMMATO ED AI MUTUI NUOVI IPOTECARI (FINO A 10 ANNI E 6 MESI) TARiffe CP62-CP63-CP64

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA

**per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Ricovero
Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da
Infortunio o Malattia**

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- il Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)
- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita);
- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi);
- le Condizioni di Assicurazione Vita e Danni comprensive del Glossario;
- le Informazioni sul trattamento dei Dati Personali;
- il Modulo di Adesione in fac-simile.

Vera Assicurazioni S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

Vera Protezione S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Impresa di Assicurazione: Vera Assicurazioni S.p.A. **Prodotto:** "Credit Protection Piccole Medie Imprese a premio unico abbinabile ai mutui nuovi e stock chirografari/aperture di credito con piano di rimborso programmato ed ai mutui nuovi ipotecari (fino a 10 anni e 6 mesi) - Tariffe CP62-CP63-CP64"

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

Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza collettiva ad adesione facoltativa dedicata alle Imprese che copre il rischio di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, il Ricovero Ospedaliero per Grandi Interventi Chirurgici e l'Inabilità Temporanea Totale al lavoro dei collaboratori, soci o dipendenti, di rilevante importanza per l'Impresa. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento all'adesione alla polizza collettiva che copre il rischio Morte prestata da Vera Protezione S.p.A..



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia**
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio o Malattia, è previsto il pagamento in unica soluzione all'Impresa della somma assicurata, pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale al momento del sinistro, al netto di eventuali rate insolute.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero per Grandi intervento chirurgico**
In caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di determinati Grandi Interventi Chirurgici, è prevista la liquidazione all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero, trascorso il periodo di franchigia.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia**
Qualora l'Assicurato si trovi nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, è prevista la liquidazione mensile all'Impresa di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza, durante il periodo dell'inabilità stessa.

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro.
- in caso di Ricovero Ospedaliero da Grande Intervento Chirurgico e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: Euro 5.000,00 al mese col massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto..



Che cosa non è assicurato?

Le Imprese che sottoscrivano/abbiano sottoscritto un Contratto di Finanziamento di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure di durata residua (per i Finanziamenti già in corso):

- ✗ per i Mutui ipotecari (di sola nuova erogazione), inferiore a 1 anno oppure superiore a 10 anni e 6 mesi comprensivo di periodo di preammortamento;
- ✗ per i Mutui chirografari, inferiore a 1 anno oppure superiore a 7 anni comprensivo di periodo di preammortamento;
- ✗ per le Aperture di Credito in conto corrente con rimborso programmato: inferiore a 1 anno oppure superiore a 4 anni.

Le persone fisiche che:

- ✗ non siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;

- ✗ non abbiano un'età compresa tra 18 e i 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- ✗ alla data di scadenza del finanziamento risultino di età superiore a 75 anni;
- ✗ non abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione e non abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, compilato la documentazione medica necessaria (Questionario Medico/Rapporto di Visita Medica);
- ✗ non siano collaboratori, soci o dipendenti dell'Impresa aderente..



Ci sono limiti di copertura?

Limitatamente alle coperture assicurative assunte con Questionario Medico:

- ! seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente rispettivamente da Malattia o Infortunio;
- ! malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
- ! trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
- ! tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi, che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
- ! malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);

Limitatamente alle coperture assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica:

- ! seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare,



rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica; seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia

riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio.



Dove vale la copertura?



Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

All'inizio del contratto

L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute, e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Impresa di Assicurazione, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

Nel corso del contratto

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, l'Assicurato e l'Impresa sono tenuti - anche tramite Banco BPM S.p.A. - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa di Assicurazione, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, quest'ultima dovrà darne tempestiva comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Banco BPM S.p.A.

In caso di sinistro l'Assicurato deve:

- darne tempestiva denuncia alla Impresa di Assicurazione, entro il limite massimo di 60 giorni dalla data del sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità o, anche tramite Modulo di denuncia.
- inviare la Denuncia debitamente compilata, in forma scritta, e con allegata la documentazione prevista, all'Impresa di Assicurazione.
- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.



Quando e come devo pagare?

Il Premio, comprensivo di imposte, deve essere corrisposto interamente in via anticipata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento.

Il pagamento del premio all'Impresa di Assicurazione avviene tramite trattenuta sul conto corrente dell'Impresa che, a tal fine, conferisce al Banco BPM S.p.A. apposito mandato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per ciascun Assicurato, la Copertura Assicurativa decorre:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa;
- per i Finanziamenti già in corso: dalle ore 24:00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato e di pagamento del premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa.

La durata della copertura coincide con la durata del contratto di finanziamento (o durata residua in caso di finanziamenti già erogati) nel limite minimo di 1 anno e massimo di 10 anni e 6 (comprensivi di eventuale preammortamento) per i Mutui Ipotecari (solo nuovi Finanziamenti), di 7 anni (comprensivi di eventuale preammortamento) per i Mutui Chirografari, di 4 anni per le Aperture di Credito in conto corrente.

Le garanzie Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale prevedono un Periodo di Carenza (ovvero di non operatività iniziale della garanzia) pari a 30 giorni.

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, Decesso dell'Assicurato, anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Finanziamento da parte dell'Impresa (qualora l'Impresa stessa non faccia richiesta, al momento dell'anticipata estinzione totale o surroga del finanziamento di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria).



Come posso disdire la polizza?

L'Impresa assicurata può:

- a) recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza;
- b) recedere a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla data di decorrenza, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

Per recedere l'Impresa può recarsi presso la filiale del Banco BPM S.p.A. ove è stata accesa la copertura assicurativa oppure inviare apposita comunicazione all'Impresa di Assicurazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Assicurazione Temporanea caso morte a capitale decrescente

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

Impresa di Assicurazione: Vera Protezione S.p.A.

**Prodotto: CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO ABBINABILE AI
MUTUI NUOVI E STOCK CHIROGRAFARI/APERTURE DI CREDITO CON PIANO DI
RIMBORSO PROGRAMMATO ED AI MUTUI NUOVI IPOTECARI (FINO A 10 ANNI E 6 MESI)
- TARIFFE CP62-CP63-CP64**

Data di realizzazione: 01/01/2019

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza Temporanea per il Caso di Morte a Premio Unico ed a capitale decrescente.

L'adesione a questa polizza vita è subordinata all'adesione congiunta alla collegata polizza collettiva danni facoltativa commercializzata da Vera Assicurazioni S.p.A., avente per oggetto le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grandi Interventi Chirurgici.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato: in caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata della Copertura Assicurativa, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Decesso, al netto di eventuali rate insolute.



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Non sono coperti i rischi diversi dal decesso dell'Assicurato e pertanto il presente Contratto non prevede prestazioni per eventi quali: invalidità, malattia grave, perdita di non autosufficienza, inabilità di lunga durata. Inoltre il Contratto non prevede prestazioni in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del Contratto o altre coperture di tipo complementare.



Ci sono limiti di copertura

! **CAPITALE ASSICURATO:** il Capitale assicurato non potrà essere superiore a Euro 750.000,00.

! **ESCLUSIONI:** il capitale non verrà liquidato ai Beneficiari designati qualora il decesso dell'Assicurato sia causato da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dei Beneficiari;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;

- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
 - seguiti e conseguenze di malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da malattia o infortunio;
 - malattie, malformazioni, stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
 - trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
 - tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
 - malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica:
 - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
 - seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data

di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;

- stato di ubriachezza/ebbrezza:
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero

degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.



Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia è valida senza limiti territoriali



Che obblighi ho?

Per ottenere il pagamento della prestazione l'Impresa deve inviare all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:

- Richiesta di liquidazione;
- Certificato di morte;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- Documentazione medica;
- Copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento sottoscritto dal responsabile di filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento e dichiarazione della Banca attestante l'importo del Debito residuo, in capo all'Impresa, alla data del decesso.



Quando e come devo pagare?

L'Impresa dovrà pagare un premio unico anticipato al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione (per i Finanziamenti di nuova erogazione oppure al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione (per i Finanziamenti già in corso).

Il premio può essere finanziato con conseguente incremento dell'importo erogato del Finanziamento.

Il premio unico è determinato in base all'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) ed alla Durata del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure alla Durata residua del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso) (espressa in mesi interi).

Il premio unico viene pagato dall'Impresa per il tramite della Contraente mediante addebito sul proprio conto corrente, intrattenuto presso la Contraente medesima.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Può essere stipulata la Copertura Assicurativa:

- per i Mutui Ipotecari: di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) non inferiore a 1 anno e non superiore a 10 anni più un'eventuale estensione di 6 mesi per il periodo di preammortamento;
- per i Mutui chirografari: di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di durata residua (per i Finanziamenti già in corso) non inferiore a 1 anno e non superiore a 7 anni comprensiva di eventuale preammortamento;
- per le Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato: di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di durata residua (per i Finanziamenti già in corso) non inferiore a 1 anno e non superiore a 4 anni.

La Copertura Assicurativa decorre:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, il Questionario Medico e/o al Rapporto di Visita Medica e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa;
- per i Finanziamenti già in corso: dalle ore 24.00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, il Questionario Medico e/o al Rapporto di Visita Medica e di pagamento del premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa.



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

Non è prevista la revoca dell'adesione.

L'Impresa può esercitare il diritto di Recesso entro 60 giorni dalla Data di decorrenza recandosi presso la filiale della Contraente ove è stata accesa la Copertura e compilando l'apposito modulo. In alternativa al modulo l'Impresa potrà inviare apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:
Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

L'Impresa può risolvere la Copertura Assicurativa a seguito di:

- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del finanziamento da parte dell'Impresa nel caso in cui venga restituito alla stessa il rateo di premio non goduto;
- surrogazione del finanziamento ai sensi della normativa vigente nel caso in cui venga restituito all'Impresa il rateo di premio non goduto;
- accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C..



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto.

Assicurazione Caso Morte, Infortuni, Malattia

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

Imprese di Assicurazione: Vera Protezione S.p.A. – Vera Assicurazione S.p.A.

Prodotto: CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO ABBINABILE AI MUTUI NUOVI E STOCK CHIROGRAFARI/APERTURE DI CREDITO CON PIANO DI RIMBORSO PROGRAMMATO ED AI MUTUI NUOVI IPOTECARI (FINO A 10 ANNI E 6 MESI) - TARIFFE CP62-CP63-CP64

Data di realizzazione: 01/01/2019

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

L'Impresa Aderente/l'Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle, n. civico 45; CAP 37126; città Verona; tel. 800341292; sito internet: www.veraprotezione.it; e-mail: info@veraprotezione.it; pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it.

Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle, n. civico 45; CAP 37126; città Verona; tel. 045/839277; sito internet: www.veraassicurazioni.it; email info@veraassicurazioni.it; pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

Vera Protezione S.p.A., Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni, ha sede legale e direzione generale in Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

Numero di telefono: 800341292 – sito internet: www.veraprotezione.it.

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: info@veraprotezione.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni@veraprotezione.it

Vera Protezione S.p.A., è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP nr. 2709 del 12/6/2009. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171.

Vera Assicurazioni S.p.A., Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni, ha sede legale e direzione generale in Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

Numero di telefono: 045/839277 – sito internet: www.veraassicurazioni.it.

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: info@veraassicurazioni.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: sinistire@veraassicurazioni.it

Vera Assicurazioni S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 9/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151.

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di **Vera Protezione S.p.A.** è pari a Euro 76.335.317,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 47.500.000,00 (i.v.), le Riserve Patrimoniali a Euro 8.191.371,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio dell'Impresa stessa è pari al 315%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1260%.

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di **Vera Assicurazioni S.p.A.** è pari a Euro 98.421.227 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 3.036.711,00 di Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Impresa stessa è pari al 372%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1312%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria) pubblicato sul sito delle Imprese di Assicurazione: www.veraassicurazioni.it e www.veraprotezione.it.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Ramo Vita:**
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.
- ✓ **Rami Danni:**
Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni, a cui si rinvia anche per l'indicazione dei massimali che limitano le prestazioni assicurative rese dall'Impresa di Assicurazione, si precisa che:
- Invalità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.
Ai fini del calcolo del grado di invalidità permanente si terrà conto di quanto segue:
- **Infortuni:** Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr.1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).
Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura assicurativa.
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.
 - **Malattia:** L'Impresa di Assicurazione corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata per la quale l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi nel periodo di validità della copertura assicurativa. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?


- ✓ **Rami Vita:**
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.

- ✓ **Rami Danni:**
Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni:

Invalità Totale Permanente da Infortunio o Malattia	Esclusioni	<p>Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia causati da:</p> <ul style="list-style-type: none">! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;! incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;! infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;! contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;! dolo dell'Assicurato;! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;! HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;! infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;! infortuni causati da alcolismo, abuso o uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato;! infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;! aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;! infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);! depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze;! 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;! inoltre sono esclusi gli infortuni causati:
---	------------	--

			<ul style="list-style-type: none"> o dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio; o dalla pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali; o dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; o dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere; o dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali. <p>! nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti.</p>
	Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico	Esclusioni	<p>Sono esclusi dalla garanzia i casi di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico causati da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza; ! depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze; ! malattie e infortuni conseguenti ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti; ! infortuni e malattie conseguenti ad alcolismo, abuso di alcolici, ad abuso o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni; ! HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate; ! correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia; ! infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei, di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili; ! infortuni derivanti dall'uso di veicoli o natanti a motore in competizioni e relative prove ed allenamenti e dalla pratica di sport aerei; ! interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza; ! prestazioni per la diagnosi e trattamenti della sterilità e dell'impotenza nonché la fecondazione artificiale; ! prestazioni aventi finalità dietologica o estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da malattia o infortuni, compreso l'apparato dentario solo se resi necessari da infortunio) e la liposuzione; ! prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali ad esempio quelle omeopatiche e fitoterapiche; ! accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia o infortunio (check-up); ! conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche; ! conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altre calamità naturali ! nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti. <p>La prestazione di Ricovero Ospedaliero non si cumula con la contemporanea liquidazione della prestazione prevista dalla Copertura Assicurativa Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia.</p> <p>La garanzia Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico non è operante se il Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico avviene durante il periodo di indennizzo per Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia.</p>
		Franchigia	7 giorni
	Inabilità Temporanea Totale da Infortuni e Malattia	Esclusioni	<p>Sono esclusi dalla garanzia i casi di Inabilità Temporanea Totale causati da.</p> <ul style="list-style-type: none"> ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio; ! incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo); ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra; ! infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio; ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni; ! contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici; ! dolo dell'Assicurato;

		<p>! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;</p> <p>! HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;</p> <p>! operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;</p> <p>! atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;</p> <p>! ubriachezza, alcolismo abuso ed uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o allucinogeni;</p> <p>! depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze;</p> <p>! mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;</p> <p>! cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;</p> <p>! conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;</p> <p>! conseguenze della pratica di tutti gli sport, amatoriale o professionale, che comporti un compenso o una remunerazione;</p> <p>! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);</p> <p>! nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti.</p> <p>La prestazione prevista per il caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia non si cumula con la contemporanea liquidazione della prestazione prevista dalla Copertura Assicurativa Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.</p> <p>Se successivamente alla data di dimissioni dall'ospedale in seguito ad un Grande Intervento Chirurgico l'Assicurato risulti ancora inabile, l'Impresa di Assicurazione aprirà un sinistro di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia e liquiderà le rate in scadenza nel perdurare dell'inabilità stessa senza applicare la franchigia.</p>
	Franchigia	<p>30 giorni.</p> <p>Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa</p>
RINUNCIA ALLA RIVALSÀ	L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Impresa, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente Contratto di Assicurazione.	

 Che obblighi ho? Quali obblighi hanno le Imprese di Assicurazione?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro:</p> <p>✓ Rami Vita: Per tutti i pagamenti richiesti all'Impresa di Assicurazione debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi alla Contraente, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800341292 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00) o all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it</p> <p>Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:</p> <p>1. RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE: le richieste di liquidazione possono pervenire all'Impresa di Assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilizzando il modulo liquidativo scaricabile dal sito internet www.veraprotezione.it; • in carta semplice, inviandola direttamente ad Vera Protezione S.p.A., Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra l'Impresa di Assicurazione ed i Beneficiari si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità. • MODALITÀ DI PAGAMENTO: occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa; • DOCUMENTO D'IDENTITÀ: copia di un valido documento di identità; • CODICE FISCALE: copia del codice fiscale;

- **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **P.E.P.:** occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare il legame di parentela con il Contraente di polizza nel caso in cui non ci sia coincidenza del beneficiario con lo stesso.

2. CERTIFICATO DI MORTE rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.

3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO

Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: ***"Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:"***

- In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.aviva.it)**
 - la non esistenza di disposizioni testamentarie;
 - nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.
- In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.aviva.it):**
 - che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
 - occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono gli unici eredi legittimi, con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi testamentari, distinguendoli quindi da eventuali legatari; solo qualora il testamento disponga di solo legati si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a. e b. precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione sostitutiva deve **INOLTRE** riportare:

- nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;
- qualora fra gli eredi vi fossero "nipoti"/"pronipoti", specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.

4. DOCUMENTAZIONE MEDICA

I) In caso di MORTE NATURALE:

occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante (fac simile disponibile sul sito www.aviva.it), attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:

- emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico;*
- emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti (esempio: causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avvenuti in Paesi Esteri);*
- emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione (dichiarazioni di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario).*


II. In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'impresa di Assicurazione stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è possibile contattare il numero verde: 800.341292.


OLTRE ALLA DOCUMENTAZIONE SOPRA RIPORTATA, L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE NECESSITA RICEVERE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE NEI SEGUENTI CASI:


- minori/interdetti/incapaci;
- presenza di un procuratore;
- beneficiario sia una società;
- beneficiario sia un ente/ una fondazione;
- in caso di liquidazione in successione;
- in presenza di richiesta pervenuta da uno studio legale;


	<p>✓ Rami Danni: La Denuncia debitamente compilata, in forma scritta, e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviata entro il termine indicato nel DIP Danni a Vera Assicurazioni S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona. Per effettuare la denuncia, l'Assicurato potrà utilizzare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il finanziamento. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Per la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa; • copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato; • documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa; • decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione; • dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN. <p>In caso di <u>Invalità Totale Permanente</u> è richiesta inoltre la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti; • documentazione medica/cartelle cliniche, certificato medico, relativi all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente; • dichiarazione della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo residuo del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato. <p>In caso di <u>Ricovero Ospedaliero</u> è richiesta inoltre la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copia del certificato del Pronto Soccorso; • copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica; • copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione; • dichiarazione della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo della rata del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato. <p>In caso di <u>Inabilità Temporanea Totale</u> è richiesta inoltre la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copia del certificato del Pronto Soccorso; • copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica; • copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione; • dichiarazione della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo della rata del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato; • 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 da Infortunio o Malattia). <p>Prescrizione: ✓ Rami Vita: ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. Le Imprese di Assicurazione, sono obbligate a versare le somme non reclamationate a favore dell'apposito Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. ✓ Rami Danni: 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, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.</p> <p>Liquidazione della prestazione: Le Imprese di Assicurazione provvederanno alla liquidazione dell'importo dovuto – verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento – entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione completa.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: La gestione dei sinistri Rami Danni è affidata ad una Struttura Esterna, IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: Non previsto</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Nel caso in cui siano rese da parte dell'Impresa/Assicurato dichiarazioni inesatte o reticenti riguardanti il rischio da assicurare (quali età, stato di salute, malattie e infortuni pregressi) può essere compromesso il diritto alla prestazione a seconda che l'inesattezza/reticenza derivi o meno da dolo o colpa grave.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Rimborso	In caso di <u>anticipata estinzione totale</u> del Contratto di Finanziamento (non successiva alla liquidazione dell'Indennizzo per Decesso o per invalidità Permanente dell'Assicurato), ovvero nei casi di <u>surroga</u> o di <u>accollo</u> del finanziamento, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

	<p>Le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa, entro 30 giorni, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione pagato e non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.</p> <p>In caso di <u>anticipata estinzione parziale</u>, le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa, entro 30 giorni, la parte di Premio relativa all'importo del finanziamento rimborsato ed al periodo di assicurazione non goduto.</p> <p>Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale/parziale o della surroga del finanziamento, in alternativa al rimborso del premio l'Impresa può richiedere per iscritto alle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria che, resteranno commisurate all'originario piano di ammortamento del finanziamento al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto invece il rimborso del premio.</p> <p>✓ <u>Rami Vita:</u> In caso di decesso dell'Assicurato causato da un evento elencato nelle esclusioni riportate nella sezione "CI SONO LIMITI DI COPERTURA?" riportata nel DIP Vita, l'Impresa di Assicurazione liquiderà ai Beneficiari designati la somma dei premi pagati al netto dei costi applicati.</p>
Sconti	Il presente contratto non prevede sconti di alcun tipo.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate del DIP Vita e nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la sospensione delle garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Revoca	Le presenti Coperture Assicurative non prevedono l'esercizio della Revoca dell'Adesione in considerazione delle modalità di conclusione del Contratto.
Recesso	<p>RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI (ENTRO 60GG DALLA DATA DI DECORRENZA) Qualora l'Impresa eserciti il diritto di recesso secondo le modalità previste, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa le Imprese di Assicurazione rimborseranno all'Impresa stessa il premio corrisposto, al netto delle eventuali imposte.</p> <p>Qualora il premio sia stato finanziato, lo stesso sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Impresa effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalle Imprese di Assicurazione.</p> <p>RECESSO DALLE COPERTURE DANNI (A PARTIRE DALLA QUARTA RICORRENZA ANNUA) Qualora l'Impresa eserciti il diritto di recesso secondo le modalità previste, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa, l'Impresa di Assicurazione rimborserà all'Impresa stessa la parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto.</p>
Risoluzione	Le Coperture Assicurative sono a premio unico anticipato pertanto non è prevista la sospensione del pagamento dei premi.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è un contratto in forma collettiva ad adesione individuale facoltativa destinato ad imprese che:</p> <p>(i) abbiano sottoscritto/abbiano in essere un mutuo chirografario di durata (o durata residua) massima pari a 7 anni presso BancoBPM (Contraente delle Polizze Collettive)</p> <p>(ii) abbiano sottoscritto/abbiano in essere un Contratto di Apertura di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato di durata (o durata residua) massima di 4 anni presso BancoBPM (Contraente delle Polizze Collettive)</p> <p>(iii) abbiano sottoscritto un mutuo ipotecario di durata massima pari a 10 anni presso BancoBPM (Contraente delle Polizze Collettive)</p> <p>(iv) abbiano collaboratori, soci o dipendenti da assicurare di età compresa tra 18 e 70 anni alla sottoscrizione (75 a scadenza)</p> <p>(v) abbiano l'esigenza di tutelarsi dai seguenti eventi che potrebbero incidere sulla loro capacità di rimborso del finanziamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decesso - Invalidità totale permanente da infortunio o malattia - Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia - Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico da infortunio o malattia <p>Le coperture per i 4 eventi sopra riportati non sono acquistabili separatamente: la sottoscrizione del prodotto implica necessariamente l'acquisto delle coperture per tutti gli eventi.</p> <p>Gli eventi possono essere assicurati nel rispetto di limiti assuntivi descritti nell'informativa precontrattuale.</p>	



Quali costi devo sostenere?

✓ Rami Vita:

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

SPESE DI EMISSIONE	Non prevista	l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo
COSTO DI ACQUISIZIONE E GESTIONE PERCENTUALE	50,0%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato.

I costi per gli eventuali accertamenti sanitari sono a carico dell'Impresa cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria alla quale rivolgersi.

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Nella seguente tabella ti riportiamo la quota parte del costo percentuale sopra riportato percepita in media dall'Intermediario:

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
90,00%

✓ Rami Danni:

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

SPESE DI EMISSIONE	Non prevista	l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo
COSTO DI ACQUISIZIONE E GESTIONE PERCENTUALE	50,00%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato al netto delle imposte del 2,50%.

I costi per gli eventuali accertamenti sanitari sono a carico dell'Impresa cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria alla quale rivolgersi.

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Nella seguente tabella ti riportiamo la quota parte del costo percentuale sopra riportato percepita in media dall'Intermediario:

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
90,00%



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Richiesta di informazioni	La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alle Imprese di Assicurazione: Vera Protezione S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - <i>indirizzo e mail</i> reclami@veraprotezione.it.</p> <p>Vera Assicurazioni S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - telefax 045 8372903 - <i>indirizzo mail</i>: reclami@veraassicurazioni.it.</p> <p>Le Imprese di Assicurazione daranno riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo.</p> <p>I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati alle Imprese di Assicurazione, saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.</p>
All'IVASS	<p>Nel caso in cui il reclamo presentato all'Impresa Assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero di Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98)
------------	--

Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa di Assicurazione.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p><u>Arbitrato</u> Rimetttersi alla decisione di un Collegio di tre medici per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Impresa.</p> <p>Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.</p> <p>Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali.</p>
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>✓ <u>Rami Vita:</u></p> <p>DISCIPLINA DEI PREMI E DELLE SOMME ASSICURATE I premi di Assicurazione sulla Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. Nel caso specifico del presente Contratto, in considerazione della finalità della Convenzione da cui esso discende e della sua natura di Polizza Collettiva destinata ad Imprese che abbiano stipulato contratti di finanziamento, l'eventuale trattamento fiscale del premio e delle prestazioni dipenderà dalla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento e da una serie di elementi fra i quali la natura del rapporto fra l'Impresa e gli Assicurati.</p> <p>DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO Ai sensi dell'Art. 1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.</p> <p>✓ <u>Rami Danni:</u></p> <p>IMPOSTE SUI PREMI Il premio di Assicurazione è soggetto ad un'imposta pari al 2,50% del premio imponibile.</p> <p>DISCIPLINA DEI PREMI E DELLE SOMME ASSICURATE Nel caso specifico del presente Contratto, in considerazione della finalità della Convenzione da cui esso discende e della sua natura di Polizza Collettiva destinata ad Imprese che abbiano stipulato contratti di finanziamento, l'eventuale trattamento fiscale del premio e delle prestazioni dipenderà dalla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento e da una serie di elementi fra i quali la natura del rapporto fra l'Impresa e gli Assicurati.</p>

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

PRIMA DI COMPILARE E SOTTOSCRIVERE IL QUESTIONARIO MEDICO/IL RAPPORTO DI VISITA MEDICA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE NEL MODULO DI ADESIONE. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO ABBINABILE AI MUTUI NUOVI E STOCK CHIROGRAFARI/APERTURE DI CREDITO CON PIANO DI RIMBORSO PROGRAMMATO ED AI MUTUI NUOVI IPOTECARI (FINO A 10 ANNI E 6 MESI)

I testi integrali della Polizza Collettiva n. 3546 stipulata tra il Banco BPM S.p.A. e Vera Assicurazioni S.p.A. e della Polizza Collettiva n. 59352 stipulata tra il Banco BPM S.p.A. ed Vera Protezione S.p.A. sono depositati presso la sede della Contraente e, rispettivamente, presso le sedi di Vera Assicurazioni S.p.A. e Vera Protezione S.p.A.

Il presente prodotto viene distribuito da Banco BPM S.p.A. nelle modalità e nei limiti indicati sul sito www.bancobpmspa.com

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra la Banca e le Imprese di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Morte, prestata da Vera Protezione S.p.A.;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, prestata da Vera Assicurazioni S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, prestata da Vera Assicurazioni S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia, prestata da Vera Assicurazioni S.p.A..

Le garanzie sono prestate dalle Imprese di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati e dell'Impresa.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali; le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale italiano.

ART. 2 OBBLIGHI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Imprese di Assicurazione risultano esclusivamente dalle Polizze Collettive, dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dal Modulo di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Imprese di Assicurazione stesse.

Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto di Assicurazione valgono le norme di legge applicabili.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Il presente Contratto di Assicurazione può essere stipulato qualora l'Impresa sottoscriva/abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento:

- per i Mutui Ipotecari: di durata (Finanziamenti di nuova erogazione) non inferiore a 1 anno e non superiore a 10 anni più un'eventuale estensione di 6 mesi per il periodo di preammortamento;
- per i Mutui chirografari: di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di durata residua (per i Finanziamenti già in corso) non inferiore a 1 anno e non superiore a 7 anni comprensiva di eventuale preammortamento;
- per le Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato: di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di durata residua (per i Finanziamenti già in corso) non inferiore a 1 anno e non superiore a 4 anni.

Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue.

E' assicurabile ciascuna persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicata dall'Impresa stessa la quale abbia:

- residenza nel territorio della Repubblica Italiana;
- un'età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;

- sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati) e dell'età, secondo la tabella seguente:
 - 1) compilato un Questionario Medico su apposito modulo;
 - 2) compilato il "Rapporto di Visita Medica" su apposito modulo ed effettuato gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dalla Impresa di Assicurazione.

Inoltre il presente Contratto può essere stipulato da persone fisiche iscritte ad albi professionali per finanziamenti erogati in relazione alla specifica attività professionale esercitata, in tal caso l'Assicurato sarà la medesima persona fisica nel rispetto delle condizioni di assicurabilità sopra riportate.

Il costo della visita e degli accertamenti medici è a totale carico dell'Assicurato.

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età all'adesione da 18 anni compiuti a 65 anni compiuti	Età all'adesione da 66 anni compiuti a 70 anni compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Rapporto Visita medica
Oltre € 300.000,00 - Fino a € 750.000,00 (**)	Rapporto Visita medica	Rapporto Visita medica

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

- devono essere considerate anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con la Impresa di Assicurazione;
- l'importo è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati.

(**) nel caso in cui, per effetto di cumuli con altre eventuali Coperture Assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione, la somma assicurata ecceda i 750.000,00 Euro è richiesto sempre il Rapporto Visita medica oltre all'ulteriore documentazione che l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di ricevere.

Le Imprese di Assicurazione:

- relativamente al Questionario Medico, si riserva il diritto, una volta esaminato lo stesso di richiedere la compilazione del Rapporto di Visita Medica;
- relativamente al Rapporto di Visita Medica, si riservano il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto delle Coperture Assicurative. Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente ed inviati alle Imprese di Assicurazione.

Si precisa che possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche per ciascun Contratto:

- con la possibilità di ripartire la somma assicurata in proporzioni di volta in volta definibili fra gli Assicurati;

oppure:

- ogni Assicurato potrà essere assicurato pro quota (con capitale assicurato in parti uguali);

oppure:

- un Assicurato potrà essere assicurato per l'importo totale del finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o per il debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso).

Nel caso di più Assicurati del medesimo Finanziamento, la mancata accettazione da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'ammissione alle Coperture Assicurative soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia della Copertura per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o al debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso) e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione delle Coperture Assicurative.

ART 3.1 CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E IMPRESA

Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, in base ai quali sussistevano i requisiti di assicurabilità di cui al precedente Art. 3, quest'ultima dovrà:

- dare tempestiva comunicazione dell'avvenuta cessazione alle Imprese di Assicurazione per il tramite della Contraente; in mancanza di tale comunicazione la copertura assicurativa si intende operante per l'Assicurato originariamente indicato;
- comunicare alle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente, - compilando il Modulo Cambio Assicurato - il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio, il quale dovrà sottoporsi alle formalità assuntive di cui all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" che precede. Si precisa che in questo caso per somma assicurata si intende il debito residuo in essere alla data di sottoscrizione del Modulo Cambio Assicurato.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico, il nuovo Assicurato è ammesso alla copertura assicurativa con decorrenza dalla data di sottoscrizione del Modulo Cambio Assicurato.

Qualora invece sia richiesta la compilazione del Rapporto di Visita Medica:

- le Coperture Assicurative non saranno efficaci per il nuovo Assicurato fino a produzione da parte dello stesso di tutta la documentazione sanitaria richiesta e l'accettazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione;
- le Coperture Assicurative continueranno ad essere operante per l'Assicurato originariamente indicato fino all'accettazione del rischio sul nuovo Assicurato da parte delle Imprese di Assicurazione.

Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'Assicurando sia ritenuto non ammissibile in copertura, le Imprese di Assicurazione comunicheranno all'Impresa, per il tramite della Contraente, il rifiuto del rischio. L'Impresa provvederà a comunicare, per il tramite della Contraente, alle Imprese di Assicurazione il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio, il quale dovrà sottoporsi alle formalità assuntive di cui all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" che precede.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute.

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte o Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche in caso lo stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) per un importo superiore al massimale di Euro 750.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato o il debito residuo alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico: Euro 5.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata delle Coperture Assicurative.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione possono comportare:

- la cessazione dell'assicurazione a seguito di annullamento o recesso dalle Coperture Assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione
- la perdita totale del diritto all'indennizzo

ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora le Imprese di Assicurazione venissero a conoscenza, successivamente alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti per le quali le Imprese di Assicurazione non avrebbero consentito la stipula del Contratto di Assicurazione secondo quanto previsto dall'art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ", le Imprese di Assicurazione,

previa comunicazione da farsi all'Impresa/Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui sono venute a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni dello stesso, potranno annullare o recedere dalle Coperture Assicurative con effetto dalla data di inizio delle stesse e provvederanno alla restituzione integrale del premio versato all'Impresa, al netto delle imposte.

Qualora le Imprese di Assicurazione venissero a conoscenza, in fase di accertamento per sinistro, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti all'atto della compilazione del Questionario Medico o dell'eventuale Rapporto di Visita Medica per le quali le Imprese di Assicurazione non avrebbero consentito la stipula del Contratto di Assicurazione, le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa le parti di Premio (per la Copertura Morte e per le Coperture Danni) relative al periodo di assicurazione non goduto calcolate con le formule riportate all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" dove:

- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Decesso oppure alla Data di Recesso (per le Coperture Danni);
- DR = debito residuo (s'intende sempre e solo il debito residuo del finanziamento) in linea capitale al momento del decesso oppure alla Data di Recesso (per le Coperture Danni).

Le Coperture Assicurative Danni, prestate da Vera Assicurazioni S.p.A., cesseranno con effetto dal giorno del decesso oppure, in caso di sinistro relativo alle Coperture Danni, dal giorno in cui l'Impresa di Assicurazione ne invierà comunicazione scritta all'Impresa/Assicurato, dafarsi comunque entro tre mesi dal giorno in cui la stessa è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese.

Qualora fossero fornite alle Imprese di Assicurazione all'atto della adesione alle Coperture Assicurative informazioni inerenti allo stato di salute, si richiama particolare attenzione degli Assicurati che devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, in questo caso, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle Imprese di Assicurazione, per il tramite dell'Impresa, prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste. In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione è da ritenersi confermata purché l'erogazione del finanziamento all'Impresa avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se l'erogazione del finanziamento all'Impresa fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, la Contraente, l'Impresa e gli Assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite il Contraente - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Per ciascun Assicurato, le Coperture Assicurative decorrono:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa;
- per i Finanziamenti già in corso: dalle ore 24.00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato e di pagamento del premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa.

Il perfezionamento dell'adesione e la conseguente costituzione del rapporto assicurativo sono subordinati, secondo quanto disposto dall'art. 23 del D. Lgs. 231/2007, all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela da compiersi attraverso il modulo predisposto a tale scopo.

La decorrenza delle Coperture Assicurative e la durata del Contratto di Finanziamento vengono comunicate all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare all'Impresa entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative una **Lettera di Benvenuto** nella quale vengono riportati:

- la data di decorrenza;
- l'importo del premio versato;
- i termini e le modalità per l'esercizio del diritto di recesso con l'indicazione, nel caso in cui il premio fosse stato finanziato, di come si ridurrebbe l'importo del finanziamento e la corrispondente rata;
- il riepilogo delle caratteristiche delle Coperture Assicurative sottoscritte.

La durata delle Coperture Assicurative, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 1 anno e massimo di:

- 10 anni e 6 mesi, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui ipotecari;
- 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui chirografari
- 4 anni per le Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato,

coincide:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: con la durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa);
- per i Finanziamenti già in corso: con la durata residua del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) calcolata dalla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa alla Data di scadenza del Finanziamento;

L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Impresa;
- surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'art. 120 quater del D.LGS. 385/1993;
- accollo del Contratto di Finanziamento, ai sensi dell'art. 1273 del Codice Civile;
- annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

In caso di cessazione delle Coperture Assicurative Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico) a seguito di Decesso dell'Assicurato, il premio versato dall'Impresa ad Vera Assicurazioni S.p.A. rimarrà acquisito da quest'ultima.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale dello stesso in seguito alla liquidazione dell'indennizzo per Decesso o per Invalidità Totale e Permanente di un Assicurato, le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicata all'Impresa di Assicurazione l'anticipata estinzione totale del Finanziamento: in tal caso l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto relativa agli altri Assicurati. L'Impresa avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative per uno o più Assicurati fino alla scadenza originaria del Finanziamento, sempre ad esclusione delle Coperture Assicurative cessate per Invalidità Totale Permanente. Il premio versato relativo all'Assicurato sul quale si è verificato il sinistro di Decesso o di Invalidità Totale e Permanente resta comunque acquisto dalle Imprese di Assicurazione.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale oppure la surroga o l'accollo dello stesso, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati: in tal caso l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto per ciascun Assicurato. In caso di anticipata estinzione totale del

Finanziamento oppure di surroga l'Impresa avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative per uno o più Assicurati fino alla scadenza originaria del Finanziamento.

Nel caso in cui le Coperture Assicurative vengano mantenute in vigore, gli indennizzi relativi alle stesse saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dalle Imprese di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.

In caso di cessazione dell'Impresa, contestuale o successiva all'estinzione totale o alla surrogazione del finanziamento (nel caso in cui l'Impresa abbia richiesto di proseguire le Coperture Assicurative) le Coperture Assicurative verranno annullate dalla data di cessazione dell'Impresa come previsto all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" che segue.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

Il Premio pagato, al netto delle eventuali imposte, per le Coperture Assicurative verrà rimborsato all'Impresa dalle Imprese di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Qualora il premio sia stato finanziato, lo stesso sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Impresa effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato alla stessa dalle Imprese di Assicurazione.

DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Impresa può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Impresa potrà esercitare tale facoltà recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso oppure inviando all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:

Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la formula riportata all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE / PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" dove:

- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Recesso;
- DR = debito residuo (s'intende sempre e solo il debito residuo del finanziamento) in linea capitale al momento del Recesso.

La Copertura Caso Morte rimane attiva anche in caso di recesso dalle Coperture Danni.

ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Beneficiario per la Copertura Caso Morte e per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico è l'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato.

Nel corso della durata contrattuale l'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato - può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione del/dei Beneficiario/i Caso Morte mediante richiesta scritta effettuata presso il Soggetto Incaricato.

Nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali:

Beneficiario per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico è l'Assicurato stesso.

Per la Copertura Caso Morte, la designazione dei Beneficiari viene effettuata all'atto di sottoscrizione del Modulo di Adesione; le eventuali revoche e modifiche di essa e dell'eventuale referente terzo devono essere comunicate per iscritto all'Impresa di Assicurazione. Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita. Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme, relative a tali polizze, fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

La designazione dei Beneficiari non può essere modificata nei seguenti casi:

- dopo che l'Assicurato ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto all'Impresa, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte dell'Assicurato, se non con il consenso dei Beneficiari stessi;
- dopo che, verificatosi l'evento, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto all'Impresa di Assicurazione di voler profittare del beneficio.

ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

Le Coperture Assicurative sono prestate dalle Imprese di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa di un premio unico ed anticipato.

Tale premio viene versato dall'Impresa:

- al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione)

oppure

- al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso),

L'importo totale del premio unico è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Morte e della componente del premio per le Coperture Danni. Il premio per la Copertura Morte e la Copertura Danni viene determinato applicando il tasso moltiplicato per la durata del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o per la durata residua del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso) (in numero di mesi interi), all'importo totale del finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso).

Di seguito vengono riportati i tassi di premio suddivisi per garanzia:

	Mutui Chirografari/Apertura di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato	Mutui Ipotecari
Copertura Morte	0,02773%	0,03314%
Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico)	0,02327%	0,02186%

(*) Il tasso applicato per determinare il premio per le Coperture Danni è già comprensivo delle imposte di Legge pari al 2,50%.

ART. 10 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non successiva a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento, in alternativa al rimborso del premio, l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

In caso di accollo del Finanziamento non sarà possibile mantenere in vigore le Coperture Assicurative.

La Banca dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione totale /surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

Nel caso in cui l'Impresa non richieda di mantenere in vigore le Coperture Assicurative oppure in caso di accollo, le Imprese di Assicurazione, entro 30 giorni, restituiranno all'Impresa le parti di Premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni corrispondenti al periodo di assicurazione non goduto calcolate secondo le seguenti formule:

$$R = [PVita * ((N-K)/N) * Cap_Estinto/Cap_Iniziale] + [H * (N-K)/N * Cap_Estinto/Debito_Residuo]$$
$$R = [PDanni * ((N-K)/N) * Cap_Estinto/Cap_Iniziale] + [H * (N-K)/N * Cap_Estinto/Debito_Residuo]$$

Dove:

- R = importo da rimborsare per la Copertura Morte e per le Coperture Danni
- PVita = Premio versato al netto dei costi
- PDanni = Premio versato al netto delle imposte e dei costi
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate (*)
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Anticipata Estinzione Totale/Parziale/surroga/accollo del finanziamento.
- Cap_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'Impresa
- Cap_Iniziale = Importo assicurato iniziale
- Debito_Residuo = debito residuo dell'Impresa al momento dell'Anticipata Estinzione Totale/Parziale/surroga/accollo del finanziamento.

(*) in tutti i casi di estinzione anticipata parziale con rimborso della quota di costi H viene riproporzionato come segue:

$$H = H * (1 - Cap_estinto/DR)$$

Nell'ALLEGATO alle presenti Condizioni di Assicurazione sono riportati gli esempi di calcolo del rateo di premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni che verrà rimborsato all'Impresa in caso di estinzione parziale e totale del finanziamento.

Nel caso in cui l'Impresa scelga di mantenere in vigore le Coperture Assicurative gli indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dalle Imprese di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.

In caso di cessazione dell'Impresa, contestuale o successiva all'estinzione totale o alla surrogazione del finanziamento (nel caso in cui l'Impresa abbia richiesto di proseguire le Coperture Assicurative) le Coperture Assicurative verranno annullate dalla data di cessazione dell'Impresa. L'Impresa dovrà inviare alle Imprese di Assicurazione la richiesta di restituzione del rateo di Premio non goduto tramite l'apposito Modulo disponibile presso la sede della Contraente. Le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula sopra riportata.

ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento, l'Impresa ha la possibilità di richiedere per iscritto alle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo:

- il rimborso parziale della parte di premio non goduto, commisurando le Coperture Assicurative al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Impresa oppure
- di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria.

La Contraente dovrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento.

Nel caso in cui l'Impresa richieda il rimborso parziale della parte di premio non goduto, le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa, entro 30 giorni, la parte di Premio relativa all'importo del finanziamento rimborsato ed al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata al paragrafo precedente.

ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato, o dai suoi aventi diritto, il quale potrà utilizzare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Filiale della Contraente. La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata alle Imprese di Assicurazione ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Morte: Vera Protezione S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico): Vera Assicurazioni S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

L'Assicurato e gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri ai seguenti numeri verdi:

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800341292 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800.893 495 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:45 e dalle ore 14:45 alle ore 18:00.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati negli Articoli "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

Le Imprese di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Imprese di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di queste ultime.

Le Imprese di Assicurazione eseguono i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

ART. 12 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E DELL'IMPRESA IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato, per il tramite dell'Impresa, deve darne tempestivo avviso alle Imprese di Assicurazione. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art. 1915 C.C.

ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Le Imprese di Assicurazione rinunciano a favore dell'Impresa ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da esse effettuate in forza del presente contratto.

ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che le Coperture Assicurative possono cumularsi con altre assicurazioni; di tale cumulo si terrà conto ai fini delle formalità assuntive di cui alla tabella riportata all'art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ".

ART. 15 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Impresa. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

ART. 16 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato, per il tramite dell'Impresa, alle Imprese di Assicurazione, con riferimento alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R.. Eventuali comunicazioni da parte delle Imprese di Assicurazione saranno indirizzate alla sede legale dell'Impresa indicata sul Modulo di Adesione.

ART. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO E ALL'IMPRESA

La Contraente – in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento – provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e a fornire ai clienti copia del Set Informativo.

Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

La Contraente terrà indenni e manlevate le Imprese di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

ART. 18 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Le Imprese di Assicurazione rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

ART. 19 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 20 FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

ART. 21 CLAUSOLA LIBERATORIA

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente al Sinistro formante oggetto di questa Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato prima del Sinistro.

ART. 22 CESSIONE DEI DIRITTI

Non sarà possibile in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione.

ART. 23 CONTROVERSIE

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia prestate dal presente Contratto di Assicurazione.

In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali.

ART. 24 TERMINI DI DECADENZA

Ogni diritto nei confronti delle Imprese di Assicurazione si prescrive entro il termine di dieci anni per le polizze vita e di due anni per le polizze danni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C.

Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Imprese di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

LE GARANZIE ASSICURATIVE

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

ART. 25 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte della Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Impresa, fermo restando le esclusioni previste al successivo Art. 26 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolte.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 750.000,00 per Assicurato come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

In caso di più Assicurati del medesimo Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso): pertanto l'Impresa di Assicurazione liquiderà all'Impresa, in caso di Decesso dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del decesso dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure l'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Contratto di Assicurazione oppure in caso di Invalidità Totale e Permanente nel corso della durata contrattuale che dia luogo al pagamento del sinistro, non è prevista alcuna prestazione a carico della Impresa di Assicurazione e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Impresa dalla Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 26 ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 25 "PRESTAZIONI ASSICURATE" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa. E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dei Beneficiari;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
 - seguiti e conseguenze di malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da malattia o infortunio;
 - malattie, malformazioni, stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
 - trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
 - tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
 - malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica:
 - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
 - seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se

l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;

- stato di ubriachezza/ebbrezza:
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresecuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.

In questi casi l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa la parte di Premio per la Copertura Morte corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la formula riportata all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" dove:

- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Decesso;
- DR = debito residuo (s'intende sempre e solo il debito residuo del finanziamento) in linea capitale al momento del decesso.

ART. 27 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Per tutti i pagamenti richiesti all'Impresa debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi alla Contraente, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800341292 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00) o all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

- la data in cui il Beneficiario firma il modulo di richiesta liquidazione presso la Contraente, riportata in calce al modulo stesso;
- oppure
- in caso di invio della richiesta di liquidazione direttamente all'Impresa la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte dell'Impresa.

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:

- 1. Richiesta di liquidazione;**
- 2. Certificato di morte;**
- 3. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;**
- 4. Documentazione medica;**
- 5. Copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento sottoscritto dal responsabile di filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento e dichiarazione della Banca attestante l'importo del Debito residuo, in capo all'Impresa, alla data del decesso.**

Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

1. **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono pervenire all'Impresa di Assicurazione:

- utilizzando il modulo liquidativo scaricabile dal sito internet www.veraprotezione.it;
- in carta semplice, inviandola direttamente ad Vera Protezione S.p.A., Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra l'Impresa di Assicurazione ed i Beneficiari si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.

Qualunque sia la modalità scelta, si dovranno fornire tutte le informazioni ed i documenti seguenti:

- **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di polizza;
- **MODALITÀ DI PAGAMENTO:** occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ:** copia di un valido documento di identità;
- **CODICE FISCALE:** copia del codice fiscale;
- **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **P.E.P.:** occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare se il Beneficiario intrattiene rapporti professionali con l'Assicurato;
- **PRIVACY:** occorre sottoscrivere di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy.

2. **CERTIFICATO DI MORTE** rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.

3. **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO**

Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: **"Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:"**

a. **In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.veraprotezione.it)**

- la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

b. **In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.veraprotezione.it):**

- che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
- Occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono gli unici eredi legittimi, con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi testamentari, distinguendoli quindi da eventuali legatari; solo qualora il testamento disponga di solo legati si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a. e b. precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione sostitutiva deve INOLTRE riportare:

- nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;
- qualora fra gli eredi vi fossero "nipoti"/"pronipoti", specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.

4. **DOCUMENTAZIONE MEDICA:**

i) **In caso di MORTE NATURALE:**

Occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante (fac simile disponibile sul sito www.veraprotezione.it), attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:

- a. *emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico;*
 - b. *emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti* (esempio: causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avvenuti in Paesi Esteri);
 - c. *emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione* (dichiarazioni di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario).
- ii) **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio** - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'impresa di Assicurazione stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare l'Impresa di Assicurazione al seguente numero verde: 800341292, operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00.

Oltre alla documentazione sopra riportata, l'Impresa necessita ricevere ulteriore documentazione nel caso di:

MINORI/INTERDETTI/INCAPACI: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal tutore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia del Decreto del Giudice Tutelare** (ricorso e relativa autorizzazione) che autorizzi il tutore (esecutore) in nome e per conto dei minori/interdetti/incapaci a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato (per importi entro euro 2.500,00 sarà possibile compilare e sottoscrivere una manleva – un fac-simile è presente sul sito www.veraprotezione.it nella sezione “moduli” -;
- **copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del tutore (esecutore);**
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del tutore (esecutore);**
- **autorizzazione al trattamento dei dati personali** da parte del tutore (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

PRESENZA DI UN PROCURATORE: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal procuratore** (esecutore) completa delle modalità di pagamento;
- **copia della procura autenticata dalle autorità competenti**, che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore (esecutore) a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza (*si segnala che non potranno essere ritenute valide le procure rilasciate per pratiche successive*);
- **copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del procuratore (esecutore);**
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del procuratore (esecutore);**

- **autorizzazione al trattamento dei dati personali** da parte del procuratore (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal Rappresentante Legale (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà;**
- **copia della delibera di nomina del Legale Rappresentante (esecutore)**, ovvero documento equipollente (copia della visura camerale, prospetto cerved) dal quale si evinca il nominativo aggiornato del Legale Rappresentante;
- **copia di un valido documento di identità e codice fiscale del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi;**
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi;**
- **indicazione, per i titolari effettivi, relativa all'essere o meno una Persona Esposta Politicamente (PEP);**
- **autorizzazione al trattamento dei dati personali** da parte del legale rappresentante (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **dichiarazione, completa di timbro e firma del Legale Rappresentante (esecutore)**, dalla quale si evinca se il soggetto beneficiario sia residente in Italia, se eserciti o meno attività commerciale avente scopo di lucro. Tale indicazione è necessaria al fine della corretta applicazione della tassazione in sede di liquidazione. Resta inteso che sarà cura e premura della scrivente Impresa di mantenere la massima riservatezza riguardo alle informazioni sopra menzionate.

IN CASO DI LIQUIDAZIONE IN SUCCESSIONE: in seguito alla reintroduzione dell'imposta di successione, e per le successioni apertesi dopo il 3/10/2006, ai sensi della legge di conversione del D. Lgs. n. 262/2006, è necessario produrre:

- la denuncia di successione o relativa integrazione, riportante a titolo di credito l'importo rinveniente dalla liquidazione della polizza;

oppure

- la dichiarazione di esonero che potrà essere presentata unicamente dagli eredi in linea retta: nonni, genitori, coniuge e figli, con i seguenti limiti:
 - per decessi fino al 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 25.822,84;
 - per decessi dal 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 100.000,00.

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di trenta giorni dalla data di ricevimento.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 28 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte della Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Impresa, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 30 "ESCLUSIONI".

L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa.

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

In caso di più Assicurati del medesimo Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso): pertanto l'Impresa di Assicurazione liquiderà all'Impresa, in caso di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60% dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del sinistro dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure l'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Impresa dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 29 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Infortunio:

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).

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 organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

L'Indennità per l'Invalidità Permanente è dovuta se l'Invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

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.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

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” contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

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

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

Malattia:

L'Impresa di Assicurazione corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso della durata contrattuale 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.

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.

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di denuncia della Malattia.

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

Diritto all'indennizzo per invalidità totale permanente in caso di morte

In caso di decesso dell'Assicurato prima che l'indennizzo da Invalidità Totale Permanente sia stato pagato, l'Impresa di Assicurazione, previa produzione del certificato di morte, liquida all'Impresa:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dall'Impresa di Assicurazione con le modalità e nei termini stabiliti dalle Condizioni di Assicurazione di cui alla presente Sezione “Assicurazione Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia”. A tal fine, andrà fornita all'Impresa di Assicurazione la documentazione attestante la stabilizzazione in vita dei postumi permanenti invalidanti, corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica e, in caso di ricovero, la cartella clinica.

In caso di liquidazione del sinistro da Invalidità Totale Permanente, nulla sarà più dovuto per la garanzia Caso Morte.

Qualora invece il sinistro non risultasse indennizzabile secondo i termini di cui alla presente Sezione “Assicurazione Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia”, lo stesso resterà valutabile secondo le modalità ed i termini di cui alla Sezione “Assicurazione per la garanzia Morte” al Beneficiario per la Copertura Caso Morte.

ART. 30 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia causati da:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
 - seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento

della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente rispettivamente da Malattia o Infortunio;

- malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali-dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
- trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
- tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi, che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
- malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di visita medica:
 - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
 - seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- infortuni causati da alcolismo, abuso o uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze;

- 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;
- inoltre sono esclusi gli infortuni causati:
 - dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - dalla pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
 - dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza

ART. 31 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto ad Vera Assicurazioni S.p.A. entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia deve essere allegata alla denuncia di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo residuo del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN.

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

ART. 32 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Impresa garantisce, ove l'Assicurato si trovi nel corso di validità della Copertura Assicurativa ricoverato in ospedale per l'esecuzione di un Grande Intervento Chirurgico tra quelli di seguito elencati, la corresponsione all'Impresa, di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, **con il massimo di Euro 5.000,00 al mese per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di

ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

La Copertura Assicurativa per il caso di ricovero è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni; qualora il ricovero avvenga nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta;
- ad un Periodo di Franchigia di 7 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

La prestazione di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico non si cumula con la contemporanea liquidazione della prestazione prevista dalla Copertura Assicurativa Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia.

La garanzia Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico non è operante se il Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico avviene durante il periodo di indennizzo per Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia.

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Impresa dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

Sono considerati indennizzabili i Ricoveri Ospedalieri derivanti dai seguenti Grandi Interventi Chirurgici:

- Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiocirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i tumori benigni, sono compresi quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra.
- Interventi per trapianti: tutti. Vengono compresi in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) necessari a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto.
- Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso.
- Interventi di neurochirurgia per:
 - craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
 - intervento per epilessia focale e callosotomia;
 - intervento per encefalomeningocele;
 - derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
 - intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
 - trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose);
 - endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
 - talamotomia, pallidotomia ed interventi simili;
 - cardotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
 - neurotomia retrogasseriana;
 - interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
 - interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.);
 - vagotomia per via toracica;
 - simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - plastica per paralisi del nervo facciale;
 - intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
 - asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari.
- Interventi di cardiocirurgia per:
 - tutti gli interventi a cuore chiuso;
 - tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
 - impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti
 - cardioplastica

- Interventi di chirurgia vascolare per:
 - aneurismi arteriosi o arterovenosi;
 - stenosi ad ostruzione arteriosa;
 - disostruzione by-pass aorta addominale;
 - trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
 - simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - by-pass aortocoronarico
- Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:
 - gravi e vaste mutilazioni del viso;
 - plastica per paralisi del nervo facciale;
 - riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
 - anchilosi temporo-mandibolare.
- Interventi di chirurgia generale per:
 - diverticolosi esofagea;
 - occlusioni intestinali con o senza resezione;
 - gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
 - echinococchi epatica e/o polmonare;
 - cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche;
 - pancreatite acuta;
 - broncoscopia operativa;
 - resezione epatica;
 - epatico e coledocotomia;
 - papillotomia per via transduodenale;
 - interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
 - interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia - colecistoenterostomia);
 - laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
 - interventi di resezione (totale o parziale dell'esofago/esofagoplastica);
 - intervento per mega-esofago e per esofagite da reflusso;
 - resezione gastrica totale;
 - resezione gastro-digiunale e gastroectomia;
 - intervento per fistola gastro-digiunocolica;
 - interventi di amputazione del retto ano;
 - interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
 - drenaggio di ascesso epatico;
 - interventi chirurgici per ipertensione portale;
 - interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
 - intervento di asportazione della milza
 - interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva
- Interventi di chirurgia uro-genitale per:
 - fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
 - ileocisto plastica; colecisto plastica;
 - intervento per estrofia della vescica;
 - intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria;
 - metroplastica;
 - nefroureterectomia radicale;
 - surrenalectomia;
 - interventi di cistectomia totale;
 - interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
 - cistoprostatovescicolectomia.
- Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:
 - trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
 - Odontocheratoprotesi;
 - Chirurgia della sordità otosclerotica;
 - Timpanoplastica;
 - Chirurgia endauricolare della vertigine;
 - Chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- Interventi di chirurgia toracica per:
 - pneumectomia totale o parziale;
 - lobectomia polmonare;
 - intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;

- interventi per fistole bronchiali;
 - interventi per echinococcosi polmonare.
- Terapie radianti e chemioterapiche

ART. 33 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico causati da:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
 - seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente rispettivamente da Malattia o Infortunio;
 - malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali-dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
 - trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
 - tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi, che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
 - malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di visita medica:
 - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
 - seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;
- eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze;
- malattie e infortuni conseguenti ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- infortuni e malattie conseguenti ad alcolismo, ad abuso di alcolici, ad abuso o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;
- correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei, di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;
- infortuni derivanti dall'uso di veicoli o natanti a motore in competizioni e relative prove ed allenamenti e dalla pratica di sport aerei;
- interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- prestazioni per la diagnosi e trattamenti della sterilità e dell'impotenza nonché la fecondazione artificiale;
- prestazioni aventi finalità dietologica o estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da malattia o infortuni, compreso l'apparato dentario solo se resi necessari da infortunio) e la liposuzione;

- prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali ad esempio quelle omeopatiche e fitoterapiche;
- accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia o infortunio (check-up);
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altre calamità naturali.
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 34 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico da infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto ad Vera Assicurazioni S.p.A. entro 60 giorni dal giorno di ricovero o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

La denuncia del ricovero deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento; deve inoltre essere allegata alla denuncia di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia del certificato del Pronto Soccorso;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo della rata del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Impresa di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Impresa di Assicurazione stessa.

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 35 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Impresa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia, la liquidazione mensile all'Impresa di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza, durante il periodo dell'inabilità stessa, **con il massimo di Euro 5.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di Infortunio o Malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere.

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza di 30 giorni: qualora l'Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurata l'indennità non verrà corrisposta;
- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa;

La prestazione prevista per il caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia non si cumula con la contemporanea liquidazione della prestazione prevista dalla Copertura Assicurativa Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

Se successivamente alla data di dimissioni dall'ospedale in seguito ad un Grande Intervento Chirurgico l'Assicurato risulti ancora inabile, l'Impresa di Assicurazione aprirà un sinistro di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia e liquiderà le rate in scadenza nel perdurare dell'inabilità stessa senza applicare la franchigia.

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Impresa dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 36 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Inabilità Temporanea Totale causati da:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
 - seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente rispettivamente da Malattia o Infortunio;
 - malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
 - trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
 - tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi, che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
 - malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di visita medica:
 - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
 - seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- ubriachezza, alcolismo, abuso ed uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o allucinogeni;
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- conseguenze della pratica di tutti gli sport, amatoriale o professionale, che comporti un compenso o una remunerazione;
- 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, eccetera);
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 37 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa.

ART. 38 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto alle Imprese di Assicurazione entro 60 giorni dall'infortunio o dall'inizio della malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;

- dichiarazione della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo della rata del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato;
- 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 da Infortunio o Malattia);
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Impresa di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Impresa di Assicurazione stessa.

ALLEGATO

Di seguito sono riportati gli esempi di calcolo del rateo di premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni che verrà rimborsato all'Impresa in caso di estinzione parziale e totale del finanziamento come previsto dall'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO".

Gli esempi sono stati predisposti sulla base delle tariffe collegate ai Mutui Chirografari/Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato.

Rimborso rateo per Copertura Morte		
Decorrenza delle coperture assicurative		01/03/2019
Scadenza delle coperture assicurative		01/03/2024
Capitale assicurato		20.000
Data Estinzione Anticipata		20/11/2020
Durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)	N	60
Mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla data di anticipata estinzione	K	20
Debito Residuo alla data di estinzione anticipata calcolato sulla base di un piano di ammortamento alla francese con TAN pari a 5%		13.879,61 €
TASSO DI PREMIO		0,02773%
PREMIO		332,76 €
Costi sul premio imponibile (50,00%) in valore assoluto	H	166,38 €
Provvigioni (90,00% dei costi sopra riportati)		149,74 €
Spese di gestione		16,64 €
Premio versato al netto dei costi		166,38 €
ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE		
Capitale Estinto	Cap_Estinto	5.000,00 €
Importo da rimborsare	R	27,74 €
di cui Premio puro		13,87 €
di cui spese		13,87 €
ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE		
Capitale Estinto	Cap_Estinto	13.879,61 €
Importo da rimborsare	R	187,90 €
di cui Premio puro		76,98 €
di cui spese		110,92 €

Rimborso rateo per le Coperture Danni		
Decorrenza delle coperture assicurative		01/03/2019
Scadenza delle coperture assicurative		01/03/2024
Capitale assicurato		20.000,00 €
Data Estinzione Anticipata		20/11/2020

Durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)	N	60
Mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla data di anticipata estinzione	K	20
Debito Residuo alla data di estinzione anticipata calcolato sulla base di un piano di ammortamento alla francese con TAN pari a 5%		13.879,61 €
		DANNI
TASSO PREMIO LORDO DI TASSE		0,02186%
PREMIO		262,32 €
TASSE		6,56 €
PREMIO IMPONIBILE	PDanni	255,76 €
Costi sul premio imponibile (50,00%) in valore assoluto	H	127,88 €
Provvigioni (90,00% dei costi sopra riportati)		115,09 €
Spese di gestione		12,79 €
Premio versato al netto dei caricamenti al netto dei costi		127,88 €
ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE		
Capitale Estinto	Cap_Estinto	5.000,00 €
Importo da rimborsare	R	36,67 €
di cui Premio puro		21,31 €
di cui spese		15,36 €
ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE		
Capitale Estinto	Cap_Estinto	13.879,61 €
Importo da rimborsare	R	144,41 €
di cui Premio puro		59,16 €
di cui spese		85,25 €

GLOSSARIO

CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO ABBINABILE AI MUTUI NUOVI E STOCK CHIROGRAFARI/APERTURE DI CREDITO CON PIANO DI RIMBORSO PROGRAMMATO ED AI MUTUI NUOVI IPOTECARI (FINO A 10 ANNI E 6 MESI)

Apertura di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato

Il Contratto di Finanziamento di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di durata residua (per i Finanziamenti già in corso) non superiore a 4 anni tra la Banca e l'Impresa con il quale la Banca mette a disposizione sul conto corrente dell'Impresa una somma predeterminata, che potrà essere utilizzata in una o più volte, nei limiti della disponibilità accordata e nel rispetto delle scadenze prefissate. L'Impresa potrà, con successivi versamenti, ridurre l'esposizione debitoria, mantenendo nel contempo la disponibilità degli importi versati. La somma utilizzata dovrà essere restituita dall'Impresa alla Banca secondo un piano di ammortamento predeterminato mediante rimborsi mensili o trimestrali.

Assicurato

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti ed i 70 anni compiuti, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, che ha aderito facoltativamente alla Polizza Convenzione sottoscrivendo il Modulo di Adesione. L'Impresa indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi. Nel caso di finanziamenti erogati/in corso con soggetti iscritti ad albi professionali in relazione alla specifica attività professionale esercitata, l'Assicurato sarà la medesima persona fisica.

Il Contratto di Assicurazione assicura fino ad un massimo di quattro persone per ciascun finanziamento.

Banca

Coincide con la Contraente.

Beneficiario

Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata: per la Copertura Caso Morte e per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico Beneficiario è l'Impresa salvo diversa designazione.

Nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali: Beneficiari in caso di Decesso dell'Assicurato, è la persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione dallo stesso, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento Assicurato. Beneficiario per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero è l'Assicurato stesso.

Cointestatario

Non è prevista la cointestazione del finanziamento.

Carenza

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Impresa di Assicurazione non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente

Banco BPM S.p.A. con Sede legale in Piazza Meda 4, 20121 Milano, Società presso la quale è stato richiesto il finanziamento e che stipula i Contratti Collettivi di Assicurazione (Convenzione Assicurativa) con le Imprese di Assicurazione, per conto delle Imprese e degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale le Imprese di Assicurazione, a fronte del pagamento di un premio, si impegnano a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

Convenzione Assicurativa

Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra le Imprese di Assicurazione e la Banca (Contraente delle Convenzioni).

Contratto di finanziamento

Il Contratto di finanziamento è il Contratto con il quale la Banca concede/ha concesso all'Impresa un finanziamento, rientrante nell'ambito:

- **dei Mutui ipotecari o dei Mutui chirografari** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Impresa secondo un piano di ammortamento alla francese;
- **delle Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Impresa con un piano di ammortamento mediante rimborsi mensili o trimestrali.

ed al quale si riferisce la Copertura Assicurativa oggetto del presente Contratto di Assicurazione. Le presenti Coperture Assicurative vengono abbinate a:

- Mutui ipotecari, Mutui chirografari e Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato nuovi o Mutui chirografari e Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato già in corso
- di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di durata residua (per i Finanziamenti già in corso) non inferiore a 1 anno e non superiore a:
 - 10 anni più un'eventuale estensione di 6 mesi per il periodo di preammortamento, per Mutui ipotecari;
 - 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui chirografari
 - 4 anni per le Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato.

Copertura Assicurativa

Le garanzie assicurative concesse dalle Imprese di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio Unico, a fronte del quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Data di decorrenza

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: è la Data di erogazione del Finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il Premio Unico contrattualmente previsto da parte dell'Impresa;
- per i Finanziamenti già in corso: dal giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione e di pagamento del Premio Unico contrattualmente previsto da parte dell'Impresa.

Decesso

Il decesso è la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni di polizza.

Debito residuo

Quanto residua in linea capitale, relativamente al Contratto di Finanziamento stipulato con la Contraente, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute.

Durata delle Coperture Assicurative

Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza del Contratto di Assicurazione e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed ha validità il Contratto di Assicurazione.

Franchigia

La Franchigia per le Garanzie Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini del presente Contratto di Assicurazione, l'Impresa non ha diritto ad alcuna indennità. La Franchigia per la Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.

Impresa

La Società intestataria di un finanziamento, concesso dalla Contraente, con piano di ammortamento alla francese rientrando nell'ambito dei Mutui ipotecari o dei Mutui chirografari. L'Impresa aderisce facoltativamente alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il premio. L'Impresa indica inoltre gli Assicurati.

Laddove non diversamente indicato, il termine Impresa si intende riferito (in quanto applicabile) anche alle persone fisiche iscritte ad albi professionali che abbiano aderito alle Coperture Assicurative in relazione all'attività professionale esercitata.

Impresa di Assicurazione

Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia): Vera Assicurazioni S.p.A. - Impresa del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) – Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 01979370036.

Per la copertura morte: Vera Protezione S.p.A. - Impresa del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti IVASS nr. 2709 del 12/6/2009 - Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 05913510961.

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

L'Inabilità è la perdita temporanea ed in misura totale, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Indennizzo

La somma dovuta dalle Imprese di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui al presente Contratto di Assicurazione, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio

L'infortunio è un evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e indennizzabili a termini del Contratto di Assicurazione.

Intermediario

Il **Banco BPM S.p.A.**, Contraente della Convenzione **che distribuisce il presente prodotto nelle modalità e nei limiti indicati sul sito www.bancobpmspa.com.**

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 60% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 - "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa.

La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

Istituto di Cura

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

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, e subentrata ad ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135. L'IVASS svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo;

Lettera di Benvenuto

Lettera inviata dalla Contraente all'Impresa successivamente alla Decorrenza della Copertura Assicurativa.

Malattia

La Malattia è l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Modulo di Adesione

Il documento sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato, mediante il quale avviene l'adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Mutuo Chirografario

Il Contratto di Finanziamento di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di durata residua (per i Finanziamenti già in corso) non superiore a 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento, tra la Banca e l'Impresa con il quale la Banca concede in prestito all'Impresa una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Impresa alla Banca secondo un piano di ammortamento predeterminato.

Mutuo Ipotecario

Il Contratto di Finanziamento, garantito da ipoteca su beni immobili, di durata non superiore a 10 anni più un'eventuale estensione di 6 mesi per il periodo di preammortamento, tra la Banca e l'Impresa con il quale la Banca concede in prestito all'Impresa una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Impresa al Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato.

Periodo di Riqualificazione

Il periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Totale Temporanea al Lavoro da Infortunio o Malattia durante il quale l'Assicurato deve svolgere la propria normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Totale Temporanea al Lavoro da Infortunio o Malattia.

Polizze

Le Polizze collettive n. 3546 e n. 59352, stipulate dalla Contraente Banco BPM S.p.A., rispettivamente con Vera Assicurazioni S.p.A. e Vera Protezione S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Contrattuali di Assicurazione a cui abbia aderito facoltativamente l'Impresa e l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Premio

Il premio è la somma dovuta alle Imprese di Assicurazione per le Coperture Assicurative prestate. Il premio per il presente Contratto di Assicurazione è unico, viene addebitato all'Impresa dalla Contraente in unica soluzione anticipata. Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) in base alla durata della Copertura Assicurativa.

Premio puro

Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione;

Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico

La degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di un Grande Intervento per Infortunio o Malattia. Sono considerati indennizzabili i Ricoveri

Ospedalieri derivanti dai Grandi Interventi Chirurgici riportati nell'elenco parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

Rata Mensile

È la Rata Mensile del finanziamento come calcolata dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento rilasciato all'Impresa. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico saranno determinati in ogni caso su base mensile.

Sinistro

È l'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'Art.13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

La Società Vera Assicurazioni S.p.A., con sede in (Verona), Via Carlo Ederle 45, e la Società Vera Protezione S.p.A. con sede in (Verona), Via Carlo Ederle 45 **quali Contitolari dei trattamenti sotto indicati (di seguito i Contitolari)**, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite i contraenti/aderenti/assicurati/ ⁽¹⁾, anche agli eventuali interessati ⁽²⁾:

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
- i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dai Contitolari in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale,
forniscono le seguenti informazioni.

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi ⁽³⁾, immagini e/o video, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari e dati relativi alla salute, relativi all'interessato o a terzi ⁽⁴⁾, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

- 1. per finalità assicurative/liquidative dei Contitolari** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari ⁽⁵⁾ e conseguenti ⁽⁶⁾ (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui i Contitolari possano avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti ⁽⁷⁾ alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui sono soggetti i Contitolari ⁽⁸⁾; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte dei Contitolari e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
- 2. per finalità di legittimo interesse di *marketing* di ciascun Contitolare**, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽⁹⁾, salvo opposizione ⁽¹⁰⁾, così da farvi conoscere i prodotti/servizi di ciascun Contitolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;
- 3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito www.cattolica.it), di comunicazione dei dati alle società facenti parte, che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹¹⁾;**
- 4. se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata da ciascun Contitolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽¹²⁾.** La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo

⁽¹⁾ anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

⁽²⁾ ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

⁽³⁾ quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, denominazione e sede, etc;

⁽⁴⁾ quali ad esempio conviventi, familiari, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

⁽⁵⁾ quali ad esempio la stesura di preventivi;

⁽⁶⁾ quali ad esempio analisi tariffarie;

⁽⁷⁾ quali ad esempio la verifica della qualità percepita del servizio, con riferimento a richieste pervenute e al miglioramento del servizio reso;

⁽⁸⁾ quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, etc. (inclusi gli adempimenti IDD previsti dalla Direttiva Europea 2016/97/UE) etc.;

⁽⁹⁾ di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web, ed anche attraverso i soli dati di contatto forniti dall'interessato o eventualmente reperiti dai profili pubblici nei social network;

⁽¹⁰⁾ cfr Capitolo "Diritti dell'Interessato";

⁽¹¹⁾ vedi nota 9;

⁽¹²⁾ vedi nota 9;

social. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di *marketing* di ciascun Contitolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di *marketing* personalizzate di ciascun Contitolare.

- 5. se acconsentite, per finalità di invio, effettuato da ciascun Contitolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹³⁾, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche ⁽¹⁴⁾ per finalità di *marketing*;**

Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica.

- 6. se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati, da parte di ciascun Contitolare, a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche ⁽¹⁵⁾, che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽¹⁶⁾, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.**

MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici ad opera di soggetti designati Responsabili ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica che, facendo parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, *broker*, intermediari, medici fiduciari consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, e nell'eventualità INPS; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc..

Ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, i dati possono essere comunicati per il perseguimento delle finalità di cui al punto 6, solo a seguito del conferimento degli appositi consensi facoltativi. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, a soggetti che collaborano con i Contitolari e con le altre società del Gruppo Cattolica.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi ai Contitolari del trattamento e per essi al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email dpo@cattolicaassicurazioni.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali, ad esempio, quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento o l'opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi dell'art. 20 del Reg.Ue, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica.

⁽¹³⁾ vedi nota 9;

⁽¹⁴⁾ editoria, automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia;

⁽¹⁵⁾ vedi nota 14;

⁽¹⁶⁾ vedi nota 9;

TEMPI DI CONSERVAZIONE

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescrizionali e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento esercitabile per le finalità di *marketing* e promozionali in qualsiasi momento. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità di cui al punto 1, necessari agli adempimenti contrattuali e normativi, e alle finalità di cui ai punti 2 e 3; per gli altri dati il conferimento è facoltativo, ma in difetto i Contitolari non potranno dar corso alle operazioni di trattamento descritte.

Si precisa che:

- sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4⁽¹⁷⁾, 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;
- per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo "Diritti dell'interessato", ed anche nei confronti di un solo Contitolare, cui si rinvia;
- il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi ⁽¹⁸⁾, comportano solo l'impossibilità per ciascun Contitolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell'interessato.

I Contitolari r.l.p.t.

Data ultimo aggiornamento 3 aprile 2018

⁽¹⁷⁾ così anche da poter inviare e predisporre comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare

⁽¹⁸⁾ tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del Codice Privacy e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati.

Vera Assicurazioni S.p.A. Vera Protezione S.p.A.

MODULO DI ADESIONE CREDITOR PROTECTION PICCOLE IMPRESE A PREMIO UNICO COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA TARIFFA CP62-CP63-CP64-CP72

Polizze Collettive abbinabili ai Mutui nuovi e stock Chirografari/Ipotecari (fino a 10 anni) – Aperture di Credito
n. 3546 - 3576 Vera Assicurazioni S.p.A. - n. 59352-59358 Vera Protezione S.p.A.

Data ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2019

Il presente Contratto di Assicurazione è facoltativo e non è necessario per ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte

L'Impresa (Ragione Sociale) / Il Sottoscritto N.D.G.

Codice Fiscale/Partita IVA
Indirizzo email numero telefonico
in relazione al contratto di Finanziamento richiesto/già erogato alla/dalla Banca (di seguito "Banca"):

Filiale di codice filiale
n° mutuo/apertura di credito
di importo pari a Euro
con debito residuo pari a Euro (solo per i finanziamenti già in corso)
durata periodo di rimborso mesi,
(euro)
Con debito residuo pari a Euro durata periodo di rimborso mesi,
e durata/durata residua **giorni** (..... mesi) *(per i finanziamenti di nuova erogazione con cambio durata si riporta la durata comprensiva dell'opzione di 5 anni ma il relativo premio assicurativo e la validità della copertura assicurativa si riferiscono alla durata effettiva del finanziamento erogato) ed il/i seguente/i Assicurato/i*

1 Nome e Cognome N.D.G.
Codice Fiscale percentuale quota di copertura assicurativa %

2 Nome e Cognome N.D.G.
Codice Fiscale percentuale quota di copertura assicurativa %

3 Nome e Cognome N.D.G.
Codice Fiscale percentuale quota di copertura assicurativa %

4 Nome e Cognome N.D.G.
Codice Fiscale percentuale quota di copertura assicurativa %

Decorrenza copertura: h. 24:00 del giorno di erogazione del finanziamento (per i finanziamenti di nuova erogazione)/ h. 24.00 del giorno di pagamento del premio unico (per i finanziamenti già in corso).

DURATA COPERTURA ASSICURATIVA: pari alla durata del finanziamento (per i finanziamenti di nuova erogazione)/pari alla durata residua del finanziamento (per i finanziamenti già in corso) .

DATA DI SCADENZA COPERTURA:

CHIEDO/IAMO (in caso di più soggetti futuri Assicurati) che la copertura assicurativa di cui al presente modulo, se non indicata le relativa percentuale quota, **venga attribuita pro quota in parti uguali a tutti gli Assicurati**

LUOGO E DATA TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA

Importo Premio Vita Nr. 1: Euro Importo Premio Danni Nr. 1: Euro
Importo Premio Totale Nr. 1: Euro Capitale Assicurato Caso Morte o ITP Euro
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro Importo percepito dall'Intermediario: Euro

FIRMA DELL'ASSICURATO 1

Importo Premio Vita Nr. 2: Euro Importo Premio Danni Nr. 2: Euro
Importo Premio Totale Nr. 2: Euro Capitale Assicurato Caso Morte o ITP Euro
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro Importo percepito dall'Intermediario: Euro

FIRMA DELL'ASSICURATO 2

Vera Assicurazioni S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

Vera Protezione S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

Importo Premio Vita Nr. 3: Euro Importo Premio Danni Nr. 3: Euro
Importo Premio Totale Nr. 3: Euro Capitale Assicurato Caso Morte o ITP Euro
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro Importo percepito dall'Intermediario: Euro

FIRMA DELL'ASSICURATO 3

Importo Premio Vita Nr. 4: Euro Importo Premio Danni Nr. 4: Euro
Importo Premio Totale Nr. 4: Euro Capitale Assicurato Caso Morte o ITP Euro
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro Importo percepito dall'Intermediario: Euro

FIRMA DELL'ASSICURATO 4

N.B. IL PREMIO E' CALCOLATO SULLA BASE DEI DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO

BENEFICIARI

Beneficiario delle Coperture Assicurative è l'Impresa.

LUOGO E DATA TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 FIRMA DELL'ASSICURATO 2

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 FIRMA DELL'ASSICURATO 4

Nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali:

BENEFICIARI COPERTURE DANNI

Per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero per grande intervento chirurgico Beneficiario delle Coperture è l'Assicurato stesso.

BENEFICIARI COPERTURA CASO MORTE

ASSICURATO 1

Nome e Cognome percentuale quota di copertura assicurativa%

AVVERTENZA:

La invitiamo a compilare dettagliatamente la sezione dedicata ai dati dei Beneficiari in forma nominativa; in mancanza l'Impresa di Assicurazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi.

Ricordiamo altresì che la modifica o la revoca dei Beneficiari deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione.

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome
Data di nascita Sesso Luogo di nascita
Codice Fiscale/Partita IVA
Telefono E-mail
Indirizzo Località
CAP Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome
Data di nascita Sesso Luogo di nascita
Codice Fiscale/Partita IVA
Telefono E-mail
Indirizzo Località
CAP Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome
Data di nascita Sesso Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono

E-mail

Indirizzo

Località

CAP

Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale

Nome

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono

E-mail

Indirizzo

Località

CAP

Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario generico:**

Referente terzo:

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui l'Impresa di Assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale

Nome

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono

E-mail

Indirizzo

Località

CAP

Provincia

LUOGO E DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____

ASSICURATO 2

Nome e Cognome..... percentuale quota di copertura assicurativa%

AVVERTENZA:

La invitiamo a compilare dettagliatamente la sezione dedicata ai dati dei Beneficiari in forma nominativa; in mancanza l'Impresa di Assicurazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi.

Ricordiamo altresì che la modifica o la revoca dei Beneficiari deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione.

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale

Nome

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono

E-mail

Indirizzo

Località

CAP

Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ ☐ NO

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale

Nome

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono

E-mail

Indirizzo

Località

CAP _____ Provincia _____

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale _____ Nome _____
Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di nascita _____
Codice Fiscale/Partita IVA _____
Telefono _____ E-mail _____
Indirizzo _____ Località _____
CAP _____ Provincia _____

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale _____ Nome _____
Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di nascita _____
Codice Fiscale/Partita IVA _____
Telefono _____ E-mail _____
Indirizzo _____ Località _____
CAP _____ Provincia _____

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario generico:**

Referente terzo:

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui l'Impresa di Assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale _____ Nome _____
Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di nascita _____
Codice Fiscale/Partita IVA _____
Telefono _____ E-mail _____
Indirizzo _____ Località _____
CAP _____ Provincia _____

LUOGO E DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

ASSICURATO 3

Nome e Cognome..... percentuale quota di copertura assicurativa%

AVVERTENZA:

La invitiamo a compilare dettagliatamente la sezione dedicata ai dati dei Beneficiari in forma nominativa; in mancanza l'Impresa di Assicurazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi.

Ricordiamo altresì che la modifica o la revoca dei Beneficiari deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione.

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale _____ Nome _____
Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di nascita _____
Codice Fiscale/Partita IVA _____
Telefono _____ E-mail _____
Indirizzo _____ Località _____
CAP _____ Provincia _____

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ ☐ NO

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome
Data di nascita Sesso Luogo di nascita
Codice Fiscale/Partita IVA
Telefono E-mail
Indirizzo Località
CAP Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome
Data di nascita Sesso Luogo di nascita
Codice Fiscale/Partita IVA
Telefono E-mail
Indirizzo Località
CAP Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome
Data di nascita Sesso Luogo di nascita
Codice Fiscale/Partita IVA
Telefono E-mail
Indirizzo Località
CAP Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario generico:**

Referente terzo:

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui l'Impresa di Assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale Nome
Data di nascita Sesso Luogo di nascita
Codice Fiscale/Partita IVA
Telefono E-mail
Indirizzo Località
CAP Provincia

LUOGO E DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____

ASSICURATO 4

Nome e Cognome..... percentuale quota di copertura assicurativa

AVVERTENZA:

La invitiamo a compilare dettagliatamente la sezione dedicata ai dati dei Beneficiari in forma nominativa; in mancanza l'Impresa di Assicurazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi.

Ricordiamo altresì che la modifica o la revoca dei Beneficiari deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione.

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome

Data di nascita Sesso Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono E-mail

Indirizzo Località

CAP Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ ☐ NO

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome

Data di nascita Sesso Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono E-mail

Indirizzo Località

CAP Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome

Data di nascita Sesso Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono E-mail

Indirizzo Località

CAP Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome

Data di nascita Sesso Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono E-mail

Indirizzo Località

CAP Provincia

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

L'Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? SI ☐ NO ☐

☐ **Beneficiario generico:**

Referente terzo:

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui l'Impresa di Assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale Nome

Data di nascita Sesso Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono E-mail

Indirizzo Località

CAP Provincia

LUOGO E DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DEL/GLI ASSICURATO/I:**PRESO ATTO**

- che la "Banca" ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
- ad Vera Protezione S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause,
- ad Vera Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
 - invalidità totale permanente da infortunio o malattia,
 - inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio o malattia,
 - ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgicoin relazione ai Contratti di Finanziamento;
- che le suddette garanzie, per la Copertura Vita (morte per tutte le cause) si riferiscono alla polizza collettiva n. 59352-59358 che la Banca ha stipulato con Vera Protezione S.p.A., per le Coperture Danni (invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale, ricovero ospedaliero grande intervento chirurgico da infortunio e malattia) si riferiscono alle polizze collettive n. 3546 - 3576. che la Banca ha stipulato con Vera Assicurazioni S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinate al Finanziamento n° _____ richiesto alla "Banca" sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni Contrattuali;
- che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione /esistenza di un finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del premio assicurativo e decorre dal giorno di erogazione del finanziamento (per i finanziamenti di nuova erogazione) o dal giorno di pagamento del premio (per i finanziamenti già in corso) e termina alla data di scadenza del finanziamento o al compimento del 76esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata, in funzione della somma assicurata e dell'età dell'Assicurato, come meglio riportato all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ delle Condizioni di Assicurazione:
 - alla sottoscrizione del QUESTIONARIO MEDICO, riportato su apposito Modulo;
 - ovvero
 - alla sottoscrizione del RAPPORTO DI VISITA MEDICA riportato su apposito Modulo e all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. L'emissione del Contratto è riservata alla Direzione delle Imprese di Assicurazione ed il pagamento del premio verrà effettuato qualora le Imprese abbiano comunicato l'accettazione del rischio;
- **dichiara di essere** consapevole che la percentuale di invalidità riconosciuta in sede di valutazione del sinistro sarà determinata detraendo i punti di invalidità imputabili ad eventi antecedenti la sottoscrizione della polizza, come meglio riportato all'Art.29 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ' delle Condizioni di Assicurazione;
- di poter recedere dalle Coperture Assicurative entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. Il Premio pagato, al netto delle eventuali imposte, per le Coperture Assicurative verrà rimborsato all'Impresa dalle Imprese di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso. Qualora il premio sia stato finanziato, lo stesso sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Impresa effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalle Imprese di Assicurazione;
- che si può recedere dal Contratto di Assicurazione delle Coperture Danni a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di decorrenza con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso. L'Impresa di Assicurazione restituisce all'Impresa, per il tramite della Contraente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, come previsto dall'ART. 7 "DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE" delle Condizioni di Assicurazione.

DICHIARO/IAMO

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- **di aderire**, in qualità di sottoscrittore, alle polizze collettive suindicate, che prevedono il versamento di un premio unico il cui ammontare lordo totale (Copertura Vita e Coperture Danni) è di Euro _____ = (euro _____) comprensivo di imposte del 2,50% sulla parte di premio relativa alle Coperture Danni;
- **autorizzo/iamo** la "Banca" a trattenere il suddetto ammontare lordo totale dal conto corrente dell'Impresa prendendo atto che la somma trattenuta varrà come pagamento del premio unico a favore di Vera Protezione S.p.A. e Vera Assicurazioni S.p.A., che a tal fine hanno conferito alla "Banca" apposito mandato all'incasso. I premi della Copertura Vita e Coperture Danni sono calcolati in base all'importo richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) ed alla durata della Copertura Assicurativa, secondo le modalità determinate nelle Condizioni Contrattuali.

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

L'Assicurato dichiara di NON avere in corso con Vera Protezione S.p.A., altre coperture assicurative per il caso morte.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RIFERITA ALL'ADERENTE (DA COMPILARE DA PARTE DELL'ADERENTE O SE L'ADERENTE COINCIDE CON L'ASSICURATO)

Presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati ai Contitolari riferiti a terzi, con riferimento:

al trattamento dei dati personali anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, da parte dei Contitolari e di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso;

☐ CONSENTIAMO ☐ NON CONSENTIAMO

- da compilare solo nel caso di persone fisiche

- in caso di minori sottoscrivono i soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale

✂ **Dichiaro di aver esercitato il diritto di opposizione al trattamento per finalità di marketing del Titolare.**✂ **Dichiaro di aver esercitato il diritto di opposizione al trattamento per finalità di marketing del Gruppo Imprenditoriale Cattolica.**

Dichiaro che il flag apposto nei campi "consensi" soprastanti, corrisponde alla mia manifestazione di volontà, anche qualora sia stato inserito a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RIFERITA ALL'ASSICURATO (SE NON COINCIDE CON L'ADERENTE)

Presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati ai Contitolari e riferiti a terzi, con riferimento:

al trattamento dei dati personali anche relativi allo stato di salute per le finalità assicurative/liquidative, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, da parte dei Contitolari e di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso;

☐ CONSENTIAMO ☐ NON CONSENTIAMO

- da compilare solo nel caso di persone fisiche

- in caso di minori sottoscrivono i soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale

Dichiaro che il flag apposto nei campi "consensi" soprastanti, corrisponde alla mia manifestazione di volontà, anche qualora sia stato inserito a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

DICHIARO CHE

- sono consapevole che l'adesione alla Polizza è facoltativa;
- mi è stato presentato l'apposito Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del Contratto rispetto alle mie esigenze e dei soggetti designati come Beneficiari.

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

DICHIARO /IAMO ALTRESI'

- di aver ricevuto la copia integrale del Set Informativo - ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modifiche e/o integrazioni - composto dal Documento Informativo precontrattuale (DIP) per i prodotti assicurativi Danni, dal DIP per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo, dal DIP per i prodotti assicurativi multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e dal fac simile del presente Modulo di Adesione;
- di aver ricevuto il documento contenente i dati essenziali dell'Intermediario e della sua attività, nonché le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente (modello predisposto dall'Intermediario);
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Dichiaro/iamo di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - e il disposto dei seguenti articoli: ART. 3 Requisiti di Assicurabilità - Art. 4 Limiti di Indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio - Art. 6 Decorrenza e durata della Copertura Assicurativa - Art. 7 Diritto di recesso - Art. 11 Denuncia del sinistro - Art. 22 Cessione dei Diritti - Art. 23 Controversie - Art. 25-28-32-35 Prestazioni Assicurate - Art. 26-30-33-36 Esclusioni

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

Dopo la sottoscrizione della Copertura Assicurativa, l'Impresa può richiedere alle Imprese di Assicurazione le credenziali per l'accesso alla Sua area riservata (home insurance).

AVVERTENZE:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per l'adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del Questionario Medico, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario;
l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

QUESTIONARIO MEDICO

Il presente Questionario può essere sottoscritto solo per importi fino ad Euro 300.000,00 (importo da calcolarsi considerando anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione) e Assicurati di età all'adesione fino a 65 anni compiuti ed è da ritenersi valido a condizione che la copertura abbia decorrenza entro 180 gg. dalla sottoscrizione dello stesso.

Il sottoscritto è consapevole che, qualora intervengano nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute tra il momento della sottoscrizione del presente Questionario e la data di decorrenza delle coperture assicurative, dovrà darne sollecita comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

- 1) A. All'Assicurato è mai stata riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL una Invalidità Permanente da malattia o infortunio, oppure ha subito infortuni i cui postumi invalidanti sono tutt'ora in cura o in corso di accertamento?

SI ☐ NO ☐

Se SI precisare

.....

- B. L'assicurato è attualmente titolare di una pensione di inabilità o invalidità parziale/totale per infortunio /malattia o ne ha fatto domanda ed è in attesa di riconoscimento?

SI ☐ NO ☐

Se SI indicare tipo di pensione, causa ed Ente interessato

.....

- 2) L'Assicurato dichiara che la sua altezza in cm. è pari a e il suo peso in Kg. è pari a

- 3) Le è mai stato diagnosticato e/o è in cura per qualsiasi tipo di tumore maligno, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi?

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, precisare:

.....

- 4) L'Assicurato ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi/prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, ricoveri o assume o ha assunto farmaci in merito alle seguenti malattie?

MALATTIE CARDIO – VASCOLARI:

Ipertensione arteriosa con valori pressori elevati nonostante il trattamento o che abbia causato danni di organi e/o apparati, angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, embolia polmonare, trombosi profonda, trapianto, aneurismi, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio), emorragia cerebrale.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, precisare:

.....

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO:

Morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi laterale primaria, atrofia muscolare progressiva, miastenia grave, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari, epilessia non controllata dalla terapia, morbo di Alzheimer o altre demenze, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, precisare:

.....

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:

Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, precisare:

.....

MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO:

Lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettiviti sistemiche, fibromialgia.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, precisare:

.....

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:

Esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

.....

MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE:

Insufficienza renale cronica (anche lieve), rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE:

Diabete di tipo I, diabete di tipo II non compensato da terapia farmacologica, adenoma ipofisario in atto con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato da terapia farmacologica, adenoma surrenalico.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO:

Glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/diabetica e/o ipertensiva, neurinoma, maculopatia degenerativa.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO:

Talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, policitemia vera, trombocitemia essenziale, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amloidosi, ipersplenismo, emofilie, HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

- 5) Soffre o ha sofferto di malattie per cui è stata necessaria o prescritta negli ultimi due anni una cura farmacologica continuativa di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide)

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa precisare tipo di terapia e patologia connessa

- 6) E' affetto o è mai stato affetto da alcolismo o fa uso o ha fatto uso di stupefacenti, psico-farmaci o allucinogeni non a scopo terapeutico?

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa precisare tipo di terapia e patologia connessa

Il Questionario sotto riportato (ANAMNESI FAMIGLIARE) dovrà essere compilato esclusivamente nei casi di Assicurati che intendano aderire alla copertura assicurativa CPI

- di età compresa tra 18 e 60 anni compiuti alla data di erogazione del Mutuo - somma assicurata per singolo Assicurato compresa tra 200.000,01 e 300.000,00 Euro

Oppure

- di età compresa tra 61 e 65 anni compiuti alla data di erogazione del Mutuo - somma assicurata per singolo Assicurato fino a 300.000,00 Euro

Oppure

- che abbiano dato risposta positiva (SI) ad una delle domande presenti nella parte precedente del presente questionario (Dichiarazioni dell'Assicurando)

ANAMNESI FAMIGLIARE

Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati prima dell'età di 60 anni

SI ☐ NO ☐

- Casi di malattie cardiocircolatorie?

Se sì Indicare a chi, tipo di patologia, età alla diagnosi

- Ipertensione?

SI ☐ NO ☐

Se sì indicare a chi ed età alla diagnosi

- Casi di diabete?

SI ☐ NO ☐

Se sì indicare a chi ed età alla diagnosi

• Insufficienza renale?

SI ☐ NO ☐

Se si indicare a chi ed età alla diagnosi

.....

.....

• Casi di tumori maligni?

SI ☐ NO ☐

Se si indicare a chi, a quale organo ed età alla diagnosi

.....

.....

• Casi di Malattie nervose o mentali?

SI ☐ NO ☐

Se si indicare a chi, tipo di patologia ed età alla diagnosi

.....

.....

• Altre malattie a carattere ereditario (come Corea di Huntington o malattia di Alzheimer)?

SI ☐ NO ☐

Se si indicare a chi, tipo di patologia ed età alla diagnosi

.....

.....

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

Timbro e Firma della Filiale _____
(per convalida firma)

Vera Assicurazioni S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

Vera Protezione S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019