

# SET INFORMATIVO

## CPI REVOLVING - TARIFFA CPAR

**(Credit Protection a premio mensile abbinabile alla linea di credito revolving e/o carta di credito - Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa per i casi di decesso – invalidità totale permanente da infortunio - inabilità temporanea totale da infortunio – ricovero ospedaliero da malattia)**

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Danni  
Mod.CPAR DIP Ed. 04.2021;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Vita  
Mod.CPAR DIP Ed. 04.2021;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) aggiuntivo Multirischi  
Mod.CPAR DIP AGG. Ed. 04.2021;
- Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario  
Mod.CPAR CA Ed. 04.2021;
- Facsimile del Modulo di Adesione  
Mod.CPAR MA Ed. 04.2021.

Il presente prodotto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo tecnico  
ANIA – ASSOCIAZIONI CONSUMATORI – ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI  
per contratti semplici e chiari



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 che assicura il rischio di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia. 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?

Le persone fisiche che sottoscrivano con Agos Ducato S.p.A. (Contraente della Polizza Collettiva) un Contratto di Finanziamento (Contratto di Apertura di Credito Revolving) e che aderiscano facoltativamente alla polizza collettiva, per le seguenti garanzie:

- ✓ Invalidità Totale Permanente da Infortunio  
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio, è previsto il pagamento in unica soluzione all'Assicurato della somma assicurata, pari al saldo del Conto revolving e/o della Carta di Credito al momento del sinistro.
- ✓ Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio  
Qualora l'Assicurato si trovi nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere oppure, in caso di Assicurato non lavoratore, di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari famigliari, personali o domestici, è prevista la liquidazione all'Assicurato, per ogni mese di durata del sinistro, di una somma pari all'ammontare della rata mensile prevista del Conto Revolving e/o Carta di credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente.
- ✓ Ricovero Ospedaliero da Malattia  
E' prevista la liquidazione all'Assicurato, per ogni mese di durata del sinistro, di una somma pari all'ammontare della rata mensile prevista del Conto Revolving e/o Carta di credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente.

La massima somma assicurabile è pari a:

- in caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio: Euro 5.000,00 per Assicurato e per Sinistro, qualunque sia il numero di Conti Revolving e/o Carte di Credito in essere tra l'Assicurato ed Agos Ducato S.p.A. alla data del sinistro;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia: Euro 2.000,00.



### Che cosa non è assicurato?

Le persone fisiche che:

- ✗ non abbiano stipulato un Contratto di finanziamento per il rilascio di una linea di credito Revolving;
- ✗ non abbiano un'età compresa tra 18 e i 65 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- ✗ alla data di scadenza del finanziamento risultino di età superiore a 75 anni compiuti;
- ✗ non abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione.



### Ci sono limiti di copertura?

Invalidità Totale Permanente da Infortunio:

- ! incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ! pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- ! partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ! delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia:

- ! infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere e volere;
- ! delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- ! mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- ! infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- ! alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni.

Ulteriori limitazioni sono indicate nel DIP Aggiuntivo.



## 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 Modulo di Adesione e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Compagnia, 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 è tenuto - anche tramite Agos Ducato S.p.A. - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia, così come del trasferimento all'estero del domicilio.

### In caso di sinistro l'Assicurato deve:

- darne tempestiva denuncia alla Compagnia, 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, alla Compagnia;
- 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 della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.



## Quando e come devo pagare?

Il premio viene corrisposto in rate mensili dall'Assicurato per il tramite di Agos Ducato S.p.A.

Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso mensile.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

In caso di adesione alla polizza contestualmente alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione al Conto Revolving e/o Carta di Credito, la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno di primo utilizzo della Carta Revolving e/o della Carta di Credito.

In caso di adesione successiva, la copertura decorre dalle ore 24:00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato.

Le garanzie Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia prevedono un Periodo di Carenza (ovvero di non operatività iniziale della garanzia) per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo.

La copertura rimane in vigore finché la linea di Credito Revolving è attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.

In ogni caso le coperture cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: ultimo giorno del mese di compimento del 75° anno di vita dell'Assicurato; data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso della Carta, ovvero data di cessazione della Carta; esercizio del diritto di recesso; pagamento del capitale assicurato per il caso di morte; in caso di sospensione pagamento premi, dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento; accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato.



## Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può

- recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza
- sospendere il pagamento dei premi; in questo modo la copertura si risolverà dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento.

Nei casi sopra indicati, l'Assicurato può recarsi presso la filiale di Agos Ducato S.p.A. ove è stato accesa la copertura oppure inviare apposita comunicazione ad Agos Ducato S.p.A. oppure alla Compagnia 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)

Vera Protezione S.p.A.

Prodotto: CPI REVOLVING – CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE  
ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING E-O CARTA DI CREDITO  
– TARIFFA CPAR

**VERA**  **Protezione**

Data di aggiornamento: 01/04/2021 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

## Che tipo di assicurazione è?

È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte dell'Assicurato, per i sottoscrittori del Conto Revolving e/o della Carta di Credito. 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, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia.



## 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 saldo del Conto Revolving o al saldo della Carta di Credito alla data del Decesso. Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
- ✓ **Capitale Assicurato:** il capitale assicurato non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00, per Assicurato e per Sinistro per il Conto Revolving e/o le Carte di Credito (che corrisponde anche al debito residuo massimo considerato come base di determinazione della rata di rimborso mensile) e qualunque sia il numero dei Conti Revolving e/o delle Carte di Credito di cui l'Assicurato è titolare.
- ✓ In caso di Contratti di Apertura di Credito Revolving concessi per un importo superiore al massimale sopraportato l'indennizzo sarà liquidato proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Sinistro.



## 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 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.
- ✗ Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.



## Ci sono limiti di copertura?

E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- ! guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- ! suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ! abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;

- ! pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
  - ! lo svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;
  - ! volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
  - ! infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
  - ! malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
  - ! dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
  - ! 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);
  - ! contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
  - ! 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;
  - ! infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
  - ! sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
  - ! sinistri che siano causati da abuso di alcol, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
  - ! sinistri causati da uso o abuso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
  - ! 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.viaggiareassicuri.it](http://www.viaggiareassicuri.it). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre la 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.
- ! Non sono previste Condizioni di Carenza.



## Dove vale la copertura?

- ✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.



## Che obblighi ho?

- L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Adesione.
- La Contraente – in sede di conclusione del Contratto di Apertura di Credito Revolving – provvederà ad informare il Cliente della possibilità di aderire al presente Contratto di Assicurazione e a fornire ai clienti copia del Set Informativo.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:
  - trasferimento di domicilio/sede della Contraente e dell'Assicurato in uno stato estero;
  - variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che la Contraente e/o i Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



### Quando e come devo pagare?

- Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alla Compagnia di premi mensili, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato.
- Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo dei premi mensili corrisposti alla Compagnia.
- Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso mensile.
- L'importo del premio per la Copertura Morte viene determinato moltiplicando il tasso per l'importo del debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto fra Compagnia e Contraente ha efficacia dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione, ha durata pari ad un anno e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo facoltà delle parti di esercitare il diritto di disdetta.
- In caso di sottoscrizione del Modulo di Adesione contestuale alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di richiesta del Conto Revolving e/o della Carta di Credito, il Contratto di Assicurazione è efficace dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di sottoscrizione del Modulo di Adesione successivamente alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di richiesta del Conto Revolving e/o della Carta di Credito, il Contratto di Assicurazione è efficace dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione.
- Nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso, il Contratto di Assicurazione decorre 30 giorni prima della scadenza della prima rata di rimborso del Conto Revolving e/o della Carta di Credito.
- Il Contratto di Assicurazione rimane in vigore a condizione che la linea di Credito Revolving sia attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.
- Il Contratto di Assicurazione cessa in ogni caso al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
  - ultimo giorno del mese di compimento del 75° anno di vita dell'Assicurato;
  - data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso della Carta, ovvero data di cessazione della Carta;
  - esercizio del diritto di recesso;
  - pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte;
  - in caso di sospensione pagamento premi, dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento;
  - accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato.
- La Contraente e l'Assicurato devono avere il domicilio/sede in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio/sede in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto e la Compagnia procederà a rimborsare la parte di premio non goduto.



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

- L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving.  
In alternativa potrà inviare alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:  
Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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



## Assicurazione Caso Morte, Infortuni, Malattia

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

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

Prodotto: CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING E-O CARTA DI CREDITO - TARIFFA CPAR

Data di aggiornamento: 01/04/2021 - Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Imprese:

Per l'Assicurazione vita: **Vera Protezione S.p.A.** Via Carlo Ederle, n. civico 45; CAP 37126; città Verona; tel. 800341292; sito internet: [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it); e-mail: [info@veraprotezione.it](mailto:info@veraprotezione.it); pec: [veraprotezione@pec.gruppocattolica.it](mailto:veraprotezione@pec.gruppocattolica.it).

Per l'Assicurazione danni: **Vera Assicurazioni S.p.A.** Via Carlo Ederle, n. civico 45; CAP 37126; città Verona; tel. 045/839277; sito internet: [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it); email: [info@veraassicurazioni.it](mailto:info@veraassicurazioni.it); pec: [veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it](mailto: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: 045 8391111 – sito internet: [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it).

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [info@veraprotezione.it](mailto:info@veraprotezione.it)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [liquidazioni@veraprotezione.it](mailto: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 8391111 – sito internet: [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it).

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [info@veraassicurazioni.it](mailto:info@veraassicurazioni.it)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [sinistire@veraassicurazioni.it](mailto: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.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato di Vera Protezione S.p.A., l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 78 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 48 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 10 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 46 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 13 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 149 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 149 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 3,26 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato di Vera Assicurazioni S.p.A., l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 78,2 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 63,5 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 6 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 67 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 16,7 milioni di euro;

- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 190 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 190 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,84 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.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 dalla Compagnia, si precisa che:

### Invalità Totale Permanente da Infortunio.

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, l'indennizzo corrisposto è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili, che siano conseguenza dell'infortunio ed indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

### OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.

### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

### Ramo Vita:

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.

### Rami Danni:

Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.



## Ci sono limiti di copertura?

### Ramo 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

### ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla Copertura Assicurativa i casi di Invalidità Permanente causata da:

- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;



- ubriachezza, infortuni causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 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 prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio che ha causato l'invalidità Permanente Totale.
- lo svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio;
- 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.

#### Inabilità Temporanea Totale da Infortunio

#### ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:

- Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;
- Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 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 prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- lo svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;
- Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità.

#### FRANCHIGIA

60 giorni

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio del Sinistro precedente.

## Ricovero Ospedaliero da Malattia

### ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Ricovero Ospedaliero da Malattia causati da:

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- 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;
- svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;
- 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;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- 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;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità

### FRANCHIGIA

5 giorni



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro?

#### **Denuncia di sinistro:**

##### **Ramo Vita:**

Per tutti i pagamenti richiesti alla Compagnia 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 contattare la Compagnia al Numero Verde 800 549330 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30; o all'indirizzo e-mail: [liquidazioni@veraprotezione.it](mailto:liquidazioni@veraprotezione.it).

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare alla Compagnia la seguente documentazione:

**RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono pervenire alla Compagnia:

- via email all'indirizzo e-mail: [liquidazioni@veraprotezione.it](mailto:liquidazioni@veraprotezione.it);
- in carta semplice, inviandola direttamente ad Vera Protezione S.p.A. – Ufficio Sinistri Vita - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra la Compagnia 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 il legame di parentela con la Contraente di polizza nel caso in cui non ci sia coincidenza del beneficiario con lo stesso.

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

**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**
  - 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:**
  - 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.

#### **DOCUMENTAZIONE MEDICA**

- **in caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata inferiore o uguale a Euro 20.000,00):** certificato medico attestante la causa del decesso;
- **In caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata superiore a Euro 20.000,01):** occorre presentare una **Relazione Sanitaria del Medico** 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 la Compagnia 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).

- **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio** - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, la Compagnia 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 la Compagnia 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: il Numero Verde 800 549330 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.

Oltre alla documentazione sopra riportata, la Compagnia necessita ricevere la seguente ulteriore documentazione nel caso di:

**MINORI/INTERDETTI/INCAPACI:**

- 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;
- 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:**

- 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 successorie);
- 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:**

- 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:**

- 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 Compagnia 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 apertesì 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, la Compagnia 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.

**Rami Danni:**

La Denuncia scritta, e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviata entro il termine indicato nel DIP Danni a MOL - Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE) oppure potete contattare il Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30.

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 la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In caso di Invalidità Totale Permanente è richiesta inoltre la seguente documentazione:

- documentazione medica/cartelle cliniche, relativi all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, alla data del sinistro (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia su richiesta di quest'ultima).


In caso di Inabilità Temporanea Totale è richiesta inoltre la seguente documentazione:


- 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 Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia su richiesta di quest'ultima);
- 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).

In caso di Ricovero Ospedaliero è richiesta inoltre la seguente documentazione:

- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;
- 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 Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia su richiesta di quest'ultima);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e

	codice IBAN.
	<b>Prescrizione:</b> In conformità con quanto previsto dall'Art. 2952 ogni diritto nei confronti della Compagnia si prescrive entro il termine di dieci anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione per le Garanzie Vita e di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione per le Garanzie Danni. Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
	<b>Liquidazione della prestazione:</b> 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 la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.
	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> Non previsto
	<b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> Non previsto.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	<p>La Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:</p> <p>A) HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di impugnare il contratto per domandare l'annullamento dichiarando alla Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;</li> <li>• di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;</li> <li>• di trattenere il premio.</li> </ul> <p>B) HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi alla Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;</li> <li>• di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.</li> </ul>

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<b>Premio</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.
<b>Rimborso</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.
<b>Sconti</b>	Il presente contratto non prevede sconti di alcun tipo.

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<b>Durata</b>	<p><b>Ramo Vita:</b> Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.</p> <p><b>Rami Danni:</b> Sono previsti i seguenti periodi di carenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inabilità Temporanea Totale: 30 giorni</li> <li>• Ricovero Ospedaliero da Malattia: 30 giorni</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	<p>In caso di sospensione del pagamento dei premi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non è più possibile riattivare le Coperture Assicurative;</li> <li>• le Coperture Assicurative si risolvono dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento del premio ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia;</li> <li>• non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia.</li> </ul> <p>In caso di sospensione del pagamento del premio in assenza del debito residuo, le Coperture Assicurative non perdono efficacia.</p>





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

<b>Revoca</b>	<p><b>Ramo Vita:</b> Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p> <p><b>Rami Danni:</b> Le presenti Coperture Assicurative non prevedono l'esercizio della Revoca dell'Adesione in considerazione delle modalità di conclusione del Contratto.</p>
<b>Recesso</b>	<p>Qualora l'Assicurato eserciti il diritto di recesso secondo le modalità previste, l'eventuale Premio pagato per le Coperture Assicurative, al netto delle eventuali imposte, verrà rimborsato all'Assicurato per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.</p> <p>L'assicurato ha diritto di recedere entro 60 giorni sostituendo la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27) e ha diritto al rimborso del premio (ovvero nel caso in cui il premio sia stato finanziato, alla corrispondente riduzione della rata), al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Non sono previste spese amministrative a carico dell'Assicurato.</p>
<b>Risoluzione</b>	<p><b>Ramo Vita:</b> Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p> <p><b>Rami Danni:</b> Le Coperture Assicurative si risolvono dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento del premio.</p>



## Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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



## A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili tutte le persone fisiche che:

- abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento per il rilascio di una linea di credito Revolving con l'intermediario;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbiano un'età all'ingresso in assicurazione non inferiore a 18 anni compiuti né superiore a 65 anni non compiuti;
- abbiano un'età alla scadenza della copertura assicurativa non superiore a 75 anni compiuti.



## Quali costi devo sostenere?

### **Ramo Vita:**

#### • Costi gravanti sul premio

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	56%	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'Assicurato cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria alla quale rivolgersi.

#### • Costi per il riscatto

Non sono presenti costi per il riscatto.

#### • Costi per l'erogazione della rendita

Non sono presenti costi per l'erogazione della rendita.

#### • Costi per l'esercizio delle opzioni

Non sono presenti costi per l'esercizio delle opzioni.

- **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
89,29%

**Rami Danni:**

- **Costi gravanti sul premio**

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	55%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato su ciascun premio mensile versato al netto delle imposte del 2,50%.

I costi per gli eventuali accertamenti sanitari sono a carico dell'Assicurato 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
89,29%

**Per tutti i rami:**

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

Non sono presenti spese amministrative per il rimborso del premio.

- **Costi dei PPI**

Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia:</p> <p>Vera Protezione S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami di Gruppo - Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - telefax 045 8372904; indirizzo email <a href="mailto:reclami@veraprotezione.it">reclami@veraprotezione.it</a>.</p> <p>Vera Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami di Gruppo - Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - telefax 045 8372903 - indirizzo mail: <a href="mailto:reclami@veraassicurazioni.it">reclami@veraassicurazioni.it</a>.</p> <p>I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati alla Compagnia, saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.</p>
<b>All'IVASS</b>	<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: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>.</p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98). Tale sistema risulta obbligatorio per poter promuovere successivamente un'azione giudiziale.</p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<p><b>Ramo Vita:</b> Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a>) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.</p>

	<p><b>Rami Danni:</b>  <u>Arbitrato</u>  Rimettarsi 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'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.  Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a> ) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.</p>
--	--

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><b>Ramo Vita:</b>  <u>Imposte sui premi</u>  I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.</p> <p><u>Detraibilità fiscale dei premi</u>  Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.</p> <p><u>Tassazione delle somme assicurate</u>  Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.</p> <p>Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo.</p> <p><b>Rami Danni:</b>  <u>Imposte sui premi</u>  Il premio di Assicurazione è soggetto ad un'imposta pari al 2,50% del premio imponibile.</p> <p><u>Disciplina dei premi e delle somme assicurate</u>  Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato, nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.  Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;</li> <li>• eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.</li> </ul>

**LA COMPAGNIA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.**

**PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

**CPI REVOLVING**

**CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE  
ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING  
E/O CARTA DI CREDITO  
TARIFFA CPAR**

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA  
per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio - Inabilità Temporanea  
Totale da Infortunio – Ricovero Ospedaliero da Malattia**

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono parte integrante della documentazione contrattuale unitamente a:

- 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);
- l'Informativa sull'attivazione dell'Area Riservata;
- l'Informativa in materia di protezione dei dati personali;
- il Modulo di Adesione.

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

**Contratto di Assicurazione in Forma Collettiva ad adesione facoltativa  
per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio - Inabilità Temporanea  
Totale da Infortunio - Ricovero Ospedaliero da Malattia**

**Vera Assicurazioni - Vera Protezione (Tariffa CPAR)**

**[Data di aggiornamento: 01/04/2021]**

**INDICE**

<b>SEZIONE I) OGGETTO, PRESTAZIONI E REQUISITI DI ASSICURABILITÀ</b>	<b>3</b>
ART. 1 - GARANZIE	3
ART. 2 - PRESTAZIONI	3
2.1 Prestazione in caso di morte	3
2.1.1 Prestazione in caso di sopravvivenza	3
2.2 Prestazione in caso di invalidità totale permanente da infortunio	3
2.3 Prestazione in caso di inabilità temporanea totale da infortunio	3
ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ	4
ART. 4 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO	4
<b>SEZIONE II) DECORRENZA, DURATA CONTRATTUALE E DIRITTO DI RECESSO</b>	<b>5</b>
ART. 5 - DECORRENZA E DURATA	5
ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO	6
<b>SEZIONE III) LIMITI DI INDENNIZZO, PAGAMENTO DEL PREMIO E DISDETTA DEL CONTRATTO DI APERTURA REVOLVING</b>	<b>6</b>
ART. 7 - LIMITI DI INDENNIZZO	6
ART. 8 - PAGAMENTO DEL PREMIO	7
ART. 9 - DISDETTA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO REVOLVING	7
<b>SEZIONE IV) BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI E DENUNCIA DEL SINISTRO</b>	<b>7</b>
ART. 10 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	7
ART. 11 - DENUNCIA DI SINISTRO	8
ART. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	8
<b>SEZIONE V) FISCALITÀ, LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI</b>	<b>9</b>
ART. 13 - RINUNCIA ALLA RIVALSA	9
ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI	9
ART. 15 - IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI	9
ART. 16 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO	9
ART. 17 - LEGGE APPLICABILE	9
ART. 18 - COMUNICAZIONI	9
ART. 19 - CESSIONE DEI DIRITTI	9
ART. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE	9
ART. 21 - FORO COMPETENTE	9
ART. 22 - CLAUSOLA LIBERATORIA	9
ART. 23 - CONTROVERSIE	9
ART. 24 - TERMINI DI DECADENZA	10
ART. 25 - CONFLITTO DI INTERESSI	10
<b>SEZIONE VI) ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE</b>	<b>10</b>
<b>Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO</b>	<b>10</b>

ART. 26 - PRESTAZIONI ASSICURATE	10
<b>Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITAZIONI DI COPERTURA</b>	10
ART. 27 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI	10
<b>Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</b>	12
ART. 28 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	12
<b>SEZIONE VII) ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO</b>	<b>15</b>
<b>Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO</b>	15
ART. 29 - OGGETTO DELLA COPERTURA	15
ART. 30 - CRITERI PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO	15
ART. 31 - INDENNIZZO	16
<b>Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA</b>	17
ART. 32 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI	17
<b>Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</b>	18
ART. 33 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	18
<b>SEZIONE VIII) ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO</b>	<b>18</b>
<b>Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO</b>	18
ART. 34 - OGGETTO DELLA COPERTURA	18
ART. 35 - INDENNIZZO	18
<b>Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA</b>	19
ART. 36 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI	19
<b>Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</b>	19
ART. 37 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	19
ART. 38 - DENUNCE SUCCESSIVE	20
<b>SEZIONE IX) ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA</b>	<b>20</b>
<b>Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO</b>	20
ART. 39 - PRESTAZIONI ASSICURATE	20
ART. 40 - INDENNIZZO	21
<b>Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA</b>	21
ART. 41 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI	21
<b>Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</b>	22
ART. 42 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	22
ART. 43 - DENUNCE SUCCESSIVE	22
<b>GLOSSARIO</b>	<b>23</b>



**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE****CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO****SEZIONE I) OGGETTO, PRESTAZIONI E REQUISITI DI ASSICURABILITÀ*****Che tipo di assicurazione è?***

È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte, invalidità totale permanente da infortunio, inabilità temporanea totale da infortunio e ricovero ospedaliero da malattia dell'Assicurato, per i sottoscrittori del Conto Revolving e/o della Carta di Credito.

**ART. 1 - GARANZIE**

Il presente Contratto di Assicurazione, stipulato con AGOS DUCATO S.p.A., comprende le garanzie:

- Morte, prestata da Vera Protezione S.p.A.;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio, prestata da Vera Assicurazioni S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, prestata da Vera Assicurazioni S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero da Malattia, prestata da Vera Assicurazioni S.p.A.;

**Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalle Condizioni di Assicurazione, dal Modulo di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalla Compagnia stessa. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.**

Le garanzie sono prestate dalle Compagnia in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

**ART. 2 - PRESTAZIONI*****2.1 Prestazione in caso di morte***

L'Indennizzo è pari al debito residuo in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del decesso dell'Assicurato.

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

***2.1.1 Prestazione in caso di sopravvivenza***

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Contratto di Assicurazione non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

***2.2 Prestazione in caso di invalidità totale permanente da infortunio***

L'Indennizzo è pari al debito residuo in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data di riconoscimento dell'Invalidità Totale Permanente. Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data di accadimento dell'infortunio e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.

***2.3 Prestazione in caso di inabilità temporanea totale da infortunio***

Per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o Carta di Credito al momento del sinistro. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio opererà un periodo di franchigia di 60 giorni dalla data di ripresa dell'abilità all'attività lavorativa; tale periodo di franchigia verrà applicato

soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale da Infortunio insorta per causa diversa dalla precedente.

#### **2.4 Prestazione in caso di ricovero ospedaliero da malattia**

In caso di Ricovero Ospedaliero da Malattia perdurante oltre il Periodo di Franchigia di 5 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Contratto di Apertura di Credito Revolving al momento del sinistro; un ulteriore Indennizzo, pari alla rata mensile suddetta, sarà corrisposto per ciascun periodo di trenta giorni consecutivi successivi alla scadenza del Periodo di Franchigia.

### **ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ**

**Sono assicurabili tutte le persone fisiche che:**

- abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento per il rilascio di una linea di credito Revolving con l'intermediario;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbiano un'età all'ingresso in assicurazione non inferiore a 18 anni compiuti né superiore a 65 anni non compiuti;
- abbiano un'età alla scadenza della copertura assicurativa non superiore a 75 anni compiuti;

Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

La Contraente e l'Assicurato devono avere in Italia il domicilio/sede per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio/sede in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto e la Compagnia procederà a rimborsare la parte di premio non goduto.

### **ART. 4 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO**

**La Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.**

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

#### **A) HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:**

- di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando alla Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere il premio.

#### **B) HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:**

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi alla Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte della Compagnia è da ritenersi confermata purché l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se l'erogazione del Finanziamento

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 e l'Assicurato sono tenuti - quest'ultimi anche tramite la Contraente - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia, così come del trasferimento all'estero del domicilio.

## SEZIONE II) DECORRENZA, DURATA CONTRATTUALE E DIRITTO DI RECESSO

### ART. 5 - DECORRENZA E DURATA

Il contratto fra Compagnia e Contraente è efficace dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione e ha durata pari ad un anno e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo facoltà delle parti di esercitare il diritto di disdetta.

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti, in caso di sottoscrizione del Modulo di Adesione contestuale alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di richiesta del Conto Revolving e/o della Carta di Credito, dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di sottoscrizione del Modulo di Adesione successivamente alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di richiesta del Conto Revolving e/o della Carta di Credito, il Contratto di Assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione. Nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso, il Contratto di Assicurazione decorre 30 giorni prima della scadenza della prima rata di rimborso del Conto Revolving e/o della Carta di Credito.

Qualora il premio unico non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento n. 44 del 12 febbraio 2019 e successive modifiche, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

La decorrenza del Contratto di Assicurazione è comunicata alla Compagnia dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative, all'Assicurato 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;
- il riepilogo delle caratteristiche delle Coperture Assicurative sottoscritte.

**Il Contratto di Assicurazione rimane in vigore a condizione che la linea di Credito Revolving sia attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.**

Salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione, l'assicurazione termina l'ultimo giorno del mese e ha durata mensile con tacito rinnovo, a condizione che mensilmente siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità.

Il Contratto di Assicurazione cessa in ogni caso al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- ultimo giorno del mese di compimento del 75° anno di vita dell'Assicurato;
- data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso della Carta, ovvero data di cessazione della Carta;
- esercizio del diritto di recesso;
- pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte.

- in caso di sospensione pagamento premi, dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato.

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

#### **ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO**

##### **DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione **entro 60 giorni** dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving.

In alternativa potrà inviare alla Compagnia 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.

**L'eventuale Premio pagato per le Coperture Assicurative, al netto delle eventuali imposte, verrà rimborsato all'Assicurato per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.**

##### **DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE**

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving. In alternativa potrà inviare alla Compagnia 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.

Si rimanda all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" per maggiori dettagli.

### **SEZIONE III) LIMITI DI INDENNIZZO, PAGAMENTO DEL PREMIO E DISDETTA DEL CONTRATTO DI APERTURA REVOLVING**

#### **ART. 7 - LIMITI DI INDENNIZZO**

In caso di Decesso dell'Assicurato o Invalidità Totale e Permanente da Infortunio l'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Assicurato e per Sinistro, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con un prodotto della medesima tipologia della stessa Compagnia.

In caso di Contratti di Apertura di Credito Revolving concessi per un importo superiore al massimale sopraripartito l'indennizzo sarà liquidato proporzionalmente in base al rapporto fra il massimale e l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Sinistro.

In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e di Ricovero Ospedaliero da Malattia l'Indennizzo, per ogni singola garanzia, non può eccedere 12 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 24 rate mensili per tutta la durata della Copertura per più sinistri. L'indennizzo non potrà superare l'importo mensile di Euro 2.000,00.

**ART. 8 - PAGAMENTO DEL PREMIO**

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alla Compagnia di premi mensili, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo dei premi mensili corrisposti alle Compagnia. **Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso mensile.**

L'importo totale del premio mensile è pari alla somma del premio per la Copertura Morte e del premio per le Coperture Danni e viene determinato moltiplicando il tasso per l'importo del debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile.

Di seguito i tassi di premio suddivisi per garanzia:

COPERTURA MORTE	COPERTURE DANNI (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero)*
0,33%	0,17%

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

L'importo del primo premio da corrispondere risulta dal Modulo di richiesta del Contratto di Apertura di Credito Revolving a cui il seguente Contratto di Assicurazione si riferisce.

**SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

**L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving.** In alternativa potrà inviare alla Compagnia 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.

**In caso di sospensione del pagamento dei premi:**

- non è più possibile riattivare le Coperture Assicurative;
- le Coperture Assicurative si risolvono dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento del premio ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia;
- non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia.

In caso di sospensione del pagamento del premio in assenza del debito residuo, le Coperture Assicurative non perdono efficacia.

**ART. 9 - DISDETTA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO REVOLVING**

In caso di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving il Contratto di Assicurazione viene risolto dalla data di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving.

**I premi mensili pagati restano acquisiti dalla Compagnia. L'Assicurato non dovrà più corrispondere i successivi premi.**

La Contraente dovrà inviare alla Compagnia comunicazione della disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving.

**SEZIONE IV) BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI E DENUNCIA DEL SINISTRO****ART. 10 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI**

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia è l'Assicurato stesso.

Per la Copertura Caso Morte, il beneficiario della prestazione è la persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione dall'Assicurato stesso. L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

**La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche e modifiche di essa e dell'eventuale referente terzo devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia.** 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).

**Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.**

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

- **dopo che l'Assicurato ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;**
- **dopo che, verificatosi l'evento, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di voler profittare del beneficio.**

#### **ART. 11 - DENUNCIA DI SINISTRO**

**La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, può essere effettuata con le modalità e la documentazione agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.**

La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata tempestivamente ai seguenti indirizzi:

- per la Garanzia Morte: Vera Protezione S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona;
- per le Garanzie Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio – Ricovero Ospedaliero da Malattia): MOL - Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE)

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

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 549330 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800.893 495 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30

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

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Apertura di Credito Revolving. 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 della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di quest'ultime.

**La Compagnia esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.**

#### **ART. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alla Compagnia. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art. 1915 C.C.



**SEZIONE V) FISCALITÀ, LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI****ART. 13 - RINUNCIA ALLA RIVALSA**

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, 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 il Contratto di Assicurazione può cumularsi con altre assicurazioni prestate dalla Compagnia.

**ART. 15 - IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI**

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

**ART. 16 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO**

**La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Apertura di Credito Revolving - provvederà ad informare il Cliente della possibilità di aderire al presente Contratto di Assicurazione e, se richiesto, 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 manleva la Compagnia da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente.

**ART. 17 - LEGGE APPLICABILE**

La Legge applicabile è quella italiana.

**ART. 18 - COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni inviate alla Compagnia da parte dell'Assicurato, con riferimento alle Convenzioni, dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte della Compagnia saranno indirizzate al domicilio indicato alla Contraente o a quello successivamente comunicato, a pena di inopponibilità, dall'Assicurato.

**ART. 19 - CESSIONE DEI DIRITTI**

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione.

**ART. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE**

La Compagnia rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

**ART. 21 - FORO COMPETENTE**

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo della Contraente 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. 22 - 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. 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 e Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero 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**

In conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C ogni diritto nei confronti della Compagnia si prescrive entro il termine di dieci anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione per le Garanzie Vita e di due anni del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione per le Garanzie Danni. Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

#### **ART. 25 - CONFLITTO DI INTERESSI**

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it).

La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi della Contraente.

### **SEZIONE VI) ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE**

#### **Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO**

#### **ART. 26 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore del Contratto di Assicurazione e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia della prestazione assicurata ai Beneficiari, fermo restando le limitazioni previste al successivo Art. 27 "ESCLUSIONI".

**La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del decesso e non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO". Per il Conto Revolving il debito residuo corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito il debito residuo corrisponde al saldo della Carta di Credito alla data del Decesso. Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.**

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 Compagnia e i premi versati resteranno acquisiti da quest'ultima.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia ai Beneficiari come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

#### **Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA**

#### **ART. 27 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI**

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 26 "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:

- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
- **suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
- **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
- **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**
- **malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;**
- **dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;**
- **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);**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **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;**
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- **sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
- **sinistri che siano causati da abuso di alcol, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;**
- **sinistri causati da uso o abuso di medicine in dosi non prescritte dal medico;**
- **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.viaggiaresicuri.it](http://www.viaggiaresicuri.it). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga**

diramata mentre la 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;
- svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergebilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

### Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

#### ART. 28 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare alla Compagnia la seguente documentazione:

1. **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono pervenire alla Compagnia:

- utilizzando il modulo liquidativo scaricabile dal sito internet [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it);
- in carta semplice, inviandola direttamente a 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 la Compagnia 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 il legame di parentela 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](http://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](http://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 soli 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:**

- in caso di MORTE NATURALE: certificato medico attestante la causa del decesso;**
- 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 la Compagnia 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 la Compagnia al seguente numero verde: 800 549330 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30*

**Oltre alla documentazione sopra riportata, la Compagnia necessita ricevere la seguente ulteriore documentazione nel caso di:**

**MINORI/INTERDETTI/INCAPACI:**

- **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;
- 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:**

- **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 successorie*);
- 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:**

- **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:**

- **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 Compagnia 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 apertesesi 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, la Compagnia 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.

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 la Compagnia al numero verde 800549330 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30) o all'indirizzo e-mail: [liquidazioni@veraprotezione.it](mailto: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 la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.**

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 alla Compagnia la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte della Compagnia.

## **SEZIONE VII) ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO**

### **Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO**

#### **ART. 29 - OGGETTO DELLA COPERTURA**

Nel caso di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66% del totale, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 31 "INDENNIZZO" qualora:

- **l'Infortunio si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace** ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA";
- **l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 24 mesi** dalla data del verificarsi dell'Infortunio che l'ha provocata;
- **la Compagnia abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni** per il pagamento dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 31 "INDENNIZZO";
- **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui al successivo Art. 32 "ESCLUSIONI";
- **l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri** di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

L'Invalidità Totale Permanente 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 relativa alla presente Copertura Assicurativa.

#### **ART. 30 - CRITERI PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO**

##### 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, l'indennizzo corrisposto è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili, che siano conseguenza dell'infortunio ed indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.**

**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.

### ART. 31 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari al debito residuo del Contratto Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data di accadimento dell'infortunio che ha generato l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio.

Per il Conto Revolving il debito residuo corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito il debito residuo corrisponde al saldo della Carta di Credito alla data del Sinistro.

Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

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

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

**L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Sinistro e per Assicurato per il Conto Revolving e/o le Carte di Credito, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".**

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Assicurato dalla Compagnia come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

#### 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, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte, liquida all'Assicurato:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia con le modalità e nei termini stabiliti dalle Condizioni di Assicurazione di cui alla presente Sezione VII) "Assicurazione per Invalidità Permanente Totale da Infortunio". A tal fine, andrà fornita alla Compagnia 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 VII) "Assicurazione per Invalidità Permanente Totale da Infortunio", lo stesso resterà



valutabile secondo le modalità ed i termini di cui alla Sezione VI) "Assicurazione per la garanzia Morte" al Beneficiario per la Copertura Caso Morte.

## **Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA**

### **ART. 32 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI**

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causata da:

- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, infortuni causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 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 prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio che ha causato l'invalidità Permanente Totale.
- lo svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

## Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

### ART. 33 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso

- telefonando al Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30
- facendo una denuncia scritta nelle modalità di cui al precedente art. 11 “denuncia del sinistro a: MOL - Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE); entro 60 giorni dalla data dell'infortunio 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 il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente **deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 11 “DENUNCIA DI SINISTRO”, la seguente documentazione:**

- 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;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- evidenza della situazione del debito residuo in capo all'Assicurato alla data del sinistro dello stesso comunicata dalla Contraente tramite il quale è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

## SEZIONE VIII) ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO

### Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO

#### ART. 34 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 35 “INDENNIZZO” qualora:

- l'**Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace** ai sensi del precedente Art. 5 “DECORRENZA E DURATA”;
- **il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni** successivo alla Data di decorrenza;
- **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui al successivo Art. 36 “ESCLUSIONI”;
- **l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri** di cui al precedente Art.11 “DENUNCIA DI SINISTRO”.

#### ART. 35 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata mensile prevista del Conto Revolving e/o Carta di Credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente.

**I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza). Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio.**

**L'Indennizzo non può eccedere 12 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 24 rate mensili per tutta la durata della copertura per più sinistri. L'indennizzo non potrà superare l'importo mensile di Euro 2.000,00.**

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia all'Assicurato come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

## **Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA**

### **ART. 36 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI**

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:

- Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;
- Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 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 prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed l'infortunio;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- lo svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;
- Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

## **Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO**

### **ART. 37 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso

- telefonando al Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30

- **facendo una denuncia scritta nelle modalità di cui al precedente art. 11 “DENUNCIA DEL SINISTRO” a: MOL - Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE)**  
**entro 60 giorni dall’infortunio 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 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 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 Contraente attestante l’importo della rata del Contratto di Apertura di Credito Revolving (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia);
- 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);
- dichiarazione sottoscritta dall’Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

**In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia 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 Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.**

#### **ART. 38 - DENUNCE SUCCESSIVE**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l’iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, **nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio del Sinistro precedente.**

**Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.**

### **SEZIONE IX) ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA**

#### **Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO**

#### **ART. 39 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Malattia, la Compagnia corrisponderà all’Assicurato l’Indennizzo di cui al successivo Art. 40 “INDENNIZZO” qualora:

- **il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace** ai sensi del precedente Art. 5 “DECORRENZA E DURATA”;
- **il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni** successivo alla Data di decorrenza;
- **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui al successivo Art. 41 “ESCLUSIONI”;
- **l’Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri** di cui al precedente Art.11 “DENUNCIA DI SINISTRO”.

**ART. 40 - INDENNIZZO**

L'Indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Ricovero da Malattia e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari all'ammontare della rata mensile prevista del Conto Revolving e/o Carta di credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente. **L'Indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00 come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".**

I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza).

**Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia pari a 5 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.**

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia all'Assicurato come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

**Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA****ART. 41 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI**

La garanzia Ricovero Ospedaliero non è inoltre operante nei seguenti casi:

- **invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- **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;**
- **svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;**
- **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;**
- **aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **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;**
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia**

introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;

- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

### **Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO**

#### **ART. 42 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso:

- telefonando al Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30
- facendo una denuncia scritta nelle modalità di cui al precedente art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" a: MOL - Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE)

entro 60 giorni dall'infortunio 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 e deve essere corredata da:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;
- 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 Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia, su richiesta di quest'ultima).;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia 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 Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.**

#### **ART. 43 - DENUNCE SUCCESSIVE**

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia in relazione ad una Copertura per Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

## GLOSSARIO

### CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO

#### Assicurato

Il soggetto persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti e i 65 anni non compiuti che ha stipulato un Contratti di Apertura di Credito Revolving e che ha aderito facoltativamente al Contratto di Assicurazione sottoscrivendo l'apposita Modulo di Adesione e pagando i premi mensili.

#### Beneficiario

Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata. Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Danni è l'Assicurato stesso. 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.

#### Carenza

Periodo di tempo durante il quale la garanzia delle Coperture Assicurative non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

#### Compagnia:

- Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale): Vera Assicurazioni S.p.A. - L'Impresa del Gruppo Cattolica con sede in Via Carlo Ederle 45 , 37126 Verona – Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP N. 2388 del 9 novembre 2005 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01979370036.
- Per la copertura morte: Vera Protezione S.p.A. - Impresa del Gruppo Cattolica con sede in Via Carlo Ederle 45 , 37126 Verona - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS N. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 05913510961.

#### Contraente

AGOS DUCATO S.p.A. - 20100 Milano, Via Bernina 7, Società presso la quale è stato richiesto il Contratto di Apertura di Credito Revolving e che stipula i contratti collettivi di assicurazione con la Compagnia, per conto degli Assicurati.

#### Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale la Compagnia, 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, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, Ricovero Ospedaliero da Malattia), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

#### Contratto di Apertura di Credito Revolving

- Carta di Credito: forma di finanziamento a cui è associata una linea di credito utilizzabile in un'unica o in più soluzioni. Chi la utilizza si impegna a restituire gli importi utilizzati e gli interessi maturati;
- Contratto di Conto Revolving: forma di finanziamento attraverso la concessione di una somma (linea di credito) utilizzabile in un'unica o in più soluzioni. Chi la utilizza si impegna a restituire gli importi utilizzati e gli interessi maturati;

#### Coobbligato

Coobbligato è colui il quale condivide, con l'obbligato principale, la responsabilità del pagamento delle rate di una Apertura di Credito Revolving. Generalmente è una persona che 'firma' il Contratto di Apertura di Credito Revolving insieme con chi lo richiede e fornisce le proprie garanzie a supporto del primo.

### **Convenzione Assicurativa**

Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra la Compagnia e la Contraente delle Convenzioni.

### **Coperture Assicurative**

Le garanzie assicurative concesse dalla Compagnia e generata dal versamento di Premi mensili, a fronte della quale le Compagnia sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

### **Decorrenza**

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di adesione successiva, il Contratto di Assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data di adesione.

### **Decesso**

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

### **Debito residuo**

Saldo del Conto Revolving e/o Carta di Credito. Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

### **Documento Unico di Rendicontazione annuale (DUR):**

Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale:

- dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata assicurata, i premi versati e quelli in arretrato;
- dell'importo dei costi e degli oneri a carico nell'anno di riferimento, con specifica indicazione della parte connessa al costo della distribuzione.

### **Durata delle Coperture Assicurative**

Intervallo di tempo durante il quale sono operanti le Garanzie ed hanno validità le Coperture Assicurative.

### **Inabilità Temporanea Totale (ITT) da Infortunio:**

- **non Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della generica capacità dell'Assicurato di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo a seguito di infortunio;
- **per Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio.

### **Indennizzo**

La somma dovuta dalla Compagnia, in base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza, a seguito del verificarsi di un sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, all'estinzione del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito.

### **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**

Agos Ducato S.p.A., Contraente della Convenzione;

### **Invalidità Totale Permanente da Infortunio (IPT)**

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente



subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% 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 relativa alla presente Copertura Assicurativa. La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

### **IVASS**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, e subentrata ad IVASS - 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 Compagnia sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

### **Lettera di Benvenuto**

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

### **Malattia**

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

### **Margine di Solvibilità**

Rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria dell'Impresa di Assicurazione; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dalla Compagnia nei confronti degli Assicurati.

### **Modulo di Adesione**

Il Modulo sottoscritto dall'Assicurato, mediante il quale avviene l'adesione alle presenti Coperture Assicurative.

### **Periodo di Franchigia Assoluta**

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale da infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

### **Periodo di Riqualificazione**

Un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.

### **Polizze**

Le Polizze Collettive n. 60080030000007 e n. 59.365, stipulate da AGOS DUCATO S.p.A., rispettivamente con Vera Assicurazioni S.p.A. e Vera Protezione S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni di Assicurazione, cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato sottoscrivendo la Modulo di Adesione al Contratto di Assicurazione.

### **Premio**

Le somme dovute alla Compagnia, a fronte delle Coperture Assicurative prestate. Il premio viene pagato mensilmente e viene determinato in percentuale sull'importo del debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile.

**Premio puro**

Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Compagnia con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione.

**Rata Mensile**

È la Rata di rimborso mensile del Contratto di Apertura di Credito Revolving. La rata mensile non potrà essere inferiore ad una percentuale del saldo in linea capitale del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo in linea capitale della Carta di Credito.

**Ricovero Ospedaliero**

La degenza ininterrotta e con pernottamento in un Istituto di Cura resa necessaria a seguito di Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.

**Set Informativo**

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

- DIP Danni
- DIP Vita
- DIP Aggiuntivo Multirischi
- Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario;
- Modulo di Adesione

**Sinistro**

Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

**INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA**

**Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante al Set Informativo/Prospetto d'offerta**

In seguito all'emanazione del Prov. 7 IVASS del 16/07/2013 recante "Disposizioni in materia di Gestione dei rapporti assicurativi via web, attuativo dell'articolo 22, comma 8, del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 – Modifiche al Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010" la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area a Lei riservata, tramite la quale le sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

L'accesso alle informative via web ha la finalità di favorire una più efficace gestione dei rapporti assicurativi valorizzando il canale di comunicazione telematico quale strumento per accrescere la trasparenza e semplificare il rapporto impresa-assicurato.

La informiamo che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area a Lei riservata, secondo le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia.

**Vera Assicurazioni S.p.A.**

Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 63.500.000,00 i.v. C. F. e iscr. Reg. Impr. di VR n. 01979370036 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00151 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.

**[www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)**

**Vera Protezione S.p.A.**

Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 47.500.000,00 i.v. C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00171 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009.

**[www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)**



**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI  
DEGLI ARTT. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del  
Consiglio (di seguito REG. UE)  
Mod. Danni 600800 4/2021**

La Società Vera Assicurazioni Spa, con sede in Verona, Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona, **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata agli interessati, anche tramite i contraenti/assicurati <sup>1</sup>, cui i dati trattati si riferiscono, fornisce le seguenti informazioni.

In particolare, nel caso la comunicazione di dati personali relativi a terzi interessati venga effettuata da parte dei contraenti/assicurati sarà in capo a questi ultimi la responsabilità della suddetta comunicazione essendo tenuti, i medesimi contraenti/assicurati, ad informare e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento e alla comunicazione dei loro dati alla Società, per le finalità assicurative dell'interessato.

**DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO**

I dati personali identificativi <sup>2</sup>, se necessario le immagini, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari, se richiesto da una norma di legge, e dati relativi alla salute, qualora siano necessari per la corretta esecuzione del contratto o per dar seguito a prescrizioni impartite da disposizioni normative, relativi all'interessato o a terzi <sup>3</sup>, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali,

- 1. per finalità assicurative del Titolare** e quindi per l'adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali correlati all'attività assicurativa, nonché per finalità strettamente connesse e strumentali e conseguenti all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, ivi inclusa l'attività liquidativa, riassicurativa e di coassicurazione, ovvero l'accesso a banche dati legittimamente accessibili (quali ad esempio quelle per la valutazione economico/finanziaria del cliente). I dati forniti potranno essere utilizzati per dare attuazione ad obblighi normativi (quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antiterrorismo, antifrode, e vigilanza assicurativa) a cui è soggetto il Titolare, oltre che per il perseguimento dei legittimi interessi del Titolare e/o di terzi soggetti (es. beneficiari, coobbligati, altre società del Gruppo, etc.), anche per la gestione di contenziosi e pre-contenziosi, in sede giudiziale, amministrativa, stragiudiziale, negoziale, etc..
- 2. per finalità di marketing diretto nella modalità del "soft spam"** <sup>4</sup> effettuato sulla base di un legittimo interesse da parte del Titolare, così da far conoscere prodotti/servizi analoghi a quelli da Lei già acquistati con l'obiettivo di offrirLe la migliore offerta assicurativa, salvo opposizione <sup>5</sup> esercitabile dall'interessato.

**MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE**

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti autorizzati, anche in qualità di Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza.

I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

I suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dal Titolare, in conformità della normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per finalità assicurative per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei

<sup>1</sup> se gli interessati risultano essere persone diverse (es. beneficiari), anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

<sup>2</sup> quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;

<sup>3</sup> quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative;

<sup>4</sup> invio di posta elettronica senza il previsto consenso per promuovere beni o servizi collegati e simili già venduti al cliente;

<sup>5</sup> cfr paragrafo "Diritti dell'interessato";

diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

#### **COMUNICAZIONE DEI DATI**

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurandi/instaurati e per l'effettuazione di adempimenti, ad altre società del Gruppo Cattolica nonché 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, CONSOB, 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, e di informazione commerciale, e di archiviazione documentale etc..

I dati possono essere conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica sulla base di un interesse legittimo a trasmettere dati personali a fini amministrativi interni.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

#### **TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE E GARANZIE**

Di regola, i dati personali trattati non vengono trasferiti in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In via eccezionale, con riferimento alle finalità sopra descritte, i dati potranno essere trasferiti, da parte del Titolare e di altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In ogni caso, il trasferimento dei dati personali avviene nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (ad esempio trasferimento in un Paese che fornisce garanzie adeguate di protezione dei dati ovvero adottando le clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione UE).

#### **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, e-mail [dpo@cattolicaassicurazioni.it](mailto:dpo@cattolicaassicurazioni.it), espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 Reg. UE.

L'interessato può 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, il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo. Inoltre, ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento, la revoca del consenso laddove prestato facoltativamente o può 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, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it/>).

#### **NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI**

Con riferimento ai dati conferiti per il trattamento di cui al punto 1 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento" si segnala che, sebbene il trattamento si basi, a seconda dei casi, su obblighi pre-contrattuali e contrattuali, o su obblighi normativi, viene richiesto esplicitamente il consenso dell'interessato con esclusivo riguardo al trattamento di dati particolari necessari all'instaurazione ed alla gestione del rapporto assicurativo ove richiesti, fermo restando che il mancato conferimento del consenso da parte dell'interessato, potrebbe comportare l'impossibilità per il Titolare di fornire i servizi assicurativi richiesti.

Per il trattamento di cui al punto 2 del paragrafo “Dati e finalità del trattamento”, “soft spam” fondato sul legittimo interesse del Titolare, è possibile esercitare, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al paragrafo “Diritti dell’interessato”, cui si rinvia.

**Il Titolare r.l.p.t.**

**Vera Assicurazioni S.p.A.**

Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 63.500.000,00 i.v. C. F. e iscr. Reg. Impr. di VR n. 01979370036 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00151 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.  
[www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)



**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI  
DEGLI ARTT. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del  
Consiglio (di seguito REG. UE)  
Mod.Vita 700800 4/2021**

La Società Vera Protezione Spa, con sede in Verona, Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona, **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata agli interessati, anche tramite i contraenti/assicurati <sup>1</sup>, cui i dati trattati si riferiscono, fornisce le seguenti informazioni.

In particolare, nel caso la comunicazione di dati personali relativi a terzi interessati venga effettuata da parte dei contraenti/assicurati sarà in capo a questi ultimi la responsabilità della suddetta comunicazione essendo tenuti, i medesimi contraenti/assicurati, ad informare e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento e alla comunicazione dei loro dati alla Società, per le finalità assicurative dell'interessato.

**DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO**

I dati personali identificativi <sup>2</sup>, se necessario le immagini, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari, se richiesto da una norma di legge, e dati relativi alla salute, qualora siano necessari per la corretta esecuzione del contratto o per dar seguito a prescrizioni impartite da disposizioni normative, relativi all'interessato o a terzi <sup>3</sup>, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali,

- 1. per finalità assicurative del Titolare** e quindi per l'adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali correlati all'attività assicurativa, nonché per finalità strettamente connesse e strumentali e conseguenti all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, ivi inclusa l'attività liquidativa, riassicurativa e di coassicurazione, ovvero l'accesso a banche dati legittimamente accessibili (quali ad esempio quelle per la valutazione economico/finanziaria del cliente). I dati forniti potranno essere utilizzati per dare attuazione ad obblighi normativi (quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antiterrorismo, antifrode, e vigilanza assicurativa) a cui è soggetto il Titolare, oltre che per il perseguimento dei legittimi interessi del Titolare e/o di terzi soggetti (es. beneficiari, coobbligati, altre società del Gruppo, etc.), anche per la gestione di contenziosi e pre-contenziosi, in sede giudiziale, amministrativa, stragiudiziale, negoziale, etc..
- 2. per finalità di marketing diretto nella modalità del "soft spam"** <sup>4</sup> effettuato sulla base di un legittimo interesse da parte del Titolare, così da far conoscere prodotti/servizi analoghi a quelli da Lei già acquistati con l'obiettivo di offrirLe la migliore offerta assicurativa, salvo opposizione <sup>5</sup> esercitabile dall'interessato.

**MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE**

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti autorizzati, anche in qualità di Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza.

I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

I suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dal Titolare, in conformità della normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per finalità assicurative per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei

---

<sup>1</sup> se gli interessati risultano essere persone diverse (es. beneficiari), anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

<sup>2</sup> quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;

<sup>3</sup> quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative;

<sup>4</sup> invio di posta elettronica senza il previsto consenso per promuovere beni o servizi collegati e simili già venduti al cliente;

<sup>5</sup> cfr paragrafo "Diritti dell'interessato";



diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

#### **COMUNICAZIONE DEI DATI**

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurandi/instaurati e per l'effettuazione di adempimenti, ad altre società del Gruppo Cattolica nonché 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, CONSOB, 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, e di informazione commerciale, e di archiviazione documentale etc..

I dati possono essere conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica sulla base di un interesse legittimo a trasmettere dati personali a fini amministrativi interni.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

#### **TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE E GARANZIE**

Di regola, i dati personali trattati non vengono trasferiti in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In via eccezionale, con riferimento alle finalità sopra descritte, i dati potranno essere trasferiti, da parte del Titolare e di altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In ogni caso, il trasferimento dei dati personali avviene nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (ad esempio trasferimento in un Paese che fornisce garanzie adeguate di protezione dei dati ovvero adottando le clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione UE).

#### **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, e-mail [dpo@cattolicaassicurazioni.it](mailto:dpo@cattolicaassicurazioni.it), espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 Reg. UE.

L'interessato può 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, il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo. Inoltre, ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento, la revoca del consenso laddove prestato facoltativamente o può 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, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it/>).

#### **NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI**

Con riferimento ai dati conferiti per il trattamento di cui al punto 1 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento" si segnala che, sebbene il trattamento si basi, a seconda dei casi, su obblighi pre-contrattuali e contrattuali, o su obblighi normativi, viene richiesto esplicitamente il consenso dell'interessato con esclusivo riguardo al trattamento di dati particolari necessari all'instaurazione ed alla gestione del rapporto assicurativo ove richiesti, fermo restando che il mancato conferimento del consenso da parte dell'interessato, potrebbe comportare l'impossibilità per il Titolare di fornire i servizi assicurativi richiesti.

Per il trattamento di cui al punto 2 del paragrafo “Dati e finalità del trattamento”, “soft spam” fondato sul legittimo interesse del Titolare, è possibile esercitare, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al paragrafo “Diritti dell’interessato”, cui si rinvia.

**Il Titolare r.l.p.t.**

**Vera Protezione S.p.A.**

Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 47.500.000,00 i.v. C.F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona - Albo Imprese presso IVASS n. 100171 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009.  
[www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)



**CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION (CPI) A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO - TARIFFA CPAR  
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA**

**POLIZZE COLLETTIVE N. 60080030000007 Vera Assicurazioni S.p.A. e N. 59.365 Vera Protezione S.p.A.  
CONTO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO n° .....**

Data di aggiornamento: 01/04/2021

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

**MODULO DI ADESIONE**

**ASSICURATO**

Cognome e nome: ..... Codice Fiscale: .....  
Comune di nascita: ..... Data di nascita: ..... Sesso: .....  
Indirizzo: ..... C.a.p. - Città - Provincia: .....  
Identificato con il seguente documento: ..... Numero: .....  
Rilasciato da: ..... Luogo: ..... il: .....  
Professione: ..... Attività economica: ..... Gruppo/Ramo ..... Sottogruppo .....  
Email ..... numero telefonico .....

L'importo del premio è pari a € ..... ;  
I costi totali a carico dell'assicurato sono pari a € ..... ; le provvigioni percepite dall'Intermediario sono pari a € .....  
ovvero il 50% del premio imponibile.

**BENEFICIARI**

**BENEFICIARI COPERTURE DANNI**

Per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia, Beneficiario delle Coperture è l'Assicurato stesso.

**BENEFICIARI COPERTURA CASO MORTE**

L'Assicurato designa il/i seguente/i Beneficiario/i:

**AVVERTENZA:**

**La invitiamo a compilare dettagliatamente la sezione dedicata ai dati dei Beneficiari in forma nominativa; in mancanza la Compagnia 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 alla Compagnia.**

☐ **Beneficiario nominativo:**

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

Si precisa che la Compagnia 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:** Pur essendo consapevole delle maggiori difficoltà che la Compagnia potrebbe incontrare nell'individuazione del Beneficiario, l'Assicurato **DESIGNA** quali Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato, il Coobbligato del Contratto di Finanziamento se presente altrimenti **gli EREDI TESTAMENTARI o, in mancanza di testamento, gli EREDI LEGITTIMI dell'assicurato.**

☐ **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 la Compagnia 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

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

**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;**

**DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DELL'ASSICURATO**

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- **preso visione e ricevuto 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 Aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e dal fac simile del presente Modulo di Adesione;**
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione;
- di essere consapevole che l'adesione alla Polizza è facoltativa.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Assicurato:

- **prende atto** che Agos Ducato ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
  - a Vera Protezione S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause,
  - a Vera Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
    - invalidità totale permanente da infortunio,
    - inabilità temporanea totale da infortunio,
    - ricovero ospedaliero da malattia,in relazione ai Contratti di Apertura di Credito Revolving;
- **dichiara** di aderire alle Polizze Collettive indicate che prevedono il versamento di premi mensili calcolati secondo le modalità riportate nel Set Informativo. I premi assicurativi, sono versati per conto dell'Assicurato mensilmente da Agos Ducato alla Compagnia e quindi addebitati da Agos Ducato sul Conto Revolving o Carta di Credito dell'Assicurato e vengono rimborsati dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Apertura di Credito Revolving;
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- **dichiara** di essere a conoscenza dei requisiti di assicurabilità riportati all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ;
- **prende atto** che a fronte del pagamento del premio le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving o Carta di Credito, a condizione che il Contratto di Apertura di Credito Revolving sia stato perfezionato;
- **prende atto** di poter recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. L'eventuale Premio pagato, al netto delle eventuali imposte, verrà rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.
- **Dichiara** di voler ricevere e di aver ricevuto l'informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario) in modalità (indicare il supporto durevole:
  - Cartaceo
  - Sito della Compagnia come indicato nell'informativa precontrattuale
  - Email
- Qualora il contratto venga sottoscritto con firma elettronica avanzata, sarà redatto in un unico esemplare. L'Assicurato prende atto che in tal caso la trasmissione di copia dello stesso avrà luogo all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, fatta salva la facoltà dell'Assicurato di richiedere e ottenere copia cartacea della documentazione stessa.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

**Resta inteso che l'assicurato può in ogni momento modificare la propria scelta relativa alle modalità di invio della documentazione contrattuale.**

**DICHIARAZIONI SPECIFICHE:**

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione:

Art.11, 28, 33, 37, 42: "Denuncia del sinistro".

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

#### ADEGUATA VERIFICA

Si rammenta all'assicurato l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007, di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Compagnia e all'Intermediario di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela.

**il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara:**

- **il beneficiario fa parte del proprio nucleo familiare o è convivente o ha rapporti d'affari con il sottoscritto;**
- **di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, confermando di essere il titolare effettivo dell'operazione.**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

Si attesta che la modalità di svolgimento della richiesta di Adesione del cliente al rapporto assicurativo è avvenuta a seguito dell'identificazione del cliente in assenza di comportamenti anomali o non usuali da parte del cliente stesso.

DATA \_\_\_\_\_

AGOS DUCATO  
\_\_\_\_\_

**Dopo la sottoscrizione della Copertura Assicurativa, l'Assicurato può richiedere alla Compagnia le credenziali per l'accesso alla Sua area riservata (home insurance).**

#### PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RIFERITA ALL'ASSICURATO VERSO VERA ASSICURAZIONI S.p.A. – VERA PROTEZIONE S.p.A

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e ricevuto da VERA ASSICURAZIONI S.p.A il mod. 600800 04/2021 e da VERA PROTEZIONE S.p.A il mod. 700800 04/2021, quale informativa in materia di protezione dei dati personali, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati ai Titolari e riferiti a terzi, con riferimento:

al trattamento dei dati personali e particolari anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa (quali indicate nell'Informativa al punto 1 del paragrafo Dati e finalità del trattamento), 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 Titolari 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;

Il sottoscritto, con la sottoscrizione presta esplicito consenso al trattamento dei dati personali e particolari anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa anche da parte dei soggetti indicati nell'informativa, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale anche extra UE.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

#### PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI VERSO AGOS DUCATO S.p.A.

Presa visione dell'Informativa in materia di protezione dei dati personali messa a disposizione da AGOS DUCATO SPA e allegata al contratto di Finanziamento, con riferimento:

al trattamento dei miei dati personali, ivi compresi i dati sulla salute, per le Finalità Funzionali alla Stipula della Copertura Assicurativa ivi indicate, e consapevole che il trattamento dei miei dati è necessario per dette finalità, qualora abbia richiesto di ottenere una copertura assicurativa, acconsento a tale trattamento.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS N° 231 DEL 2 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. E AL REGOLAMENTO IVASS 44 DEL 12.02.19 TITOLARE EFFETTIVO

##### Art 2 comma 1 lett. vv) Regolamento IVASS n° 44 del 12.02.19 (Titolare Effettivo)

i. la persona fisica o le persone fisiche per conto delle quali il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione (in breve, "titolare effettivo sub 1");

ii. nel caso in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione siano soggetti diversi da una persona fisica, la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà di tali soggetti ovvero il relativo controllo (in breve, "titolare effettivo sub 2");

iii. la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà ovvero il relativo controllo del soggetto, diverso da una persona fisica,

- che ha diritto di percepire la prestazione assicurativa, sulla base della designazione effettuata dal contraente o dall'assicurato, o
- a favore del quale viene effettuato il pagamento, su eventuale disposizione del beneficiario designato (in breve, "titolare effettivo sub 3");

i criteri di cui agli articoli 20 e 22, comma 5, del decreto antiriciclaggio, in quanto compatibili, si applicano per individuare il titolare effettivo anche nei casi in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o effettua

un'operazione oppure il beneficiario siano i. società, anche di persone, ii. altri soggetti giuridici privati, anche se con sede all'estero, iii. trust espressi, indipendentemente dal relativo luogo di istituzione e dalla legge ad essi applicabile;"

##### Art 56 Regolamento IVASS n° 44 del 12.02.19 (Contratto per conto altrui)

"Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo."

AC-SIMILE

**Vera Assicurazioni S.p.A.**

Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 63.500.000,00 i.v. C. F. e iscr. Reg. Impr. di VR n. 01979370036 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00151 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.

**[www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)**



**Vera Protezione S.p.A.**

Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 47.500.000,00 i.v. C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00171 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009.

**[www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)**

