

Set informativo

Il presente set informativo contiene:

- Documento informativo precontrattuale (DIP)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo)
- Condizioni di assicurazione comprensive di glossario
e redatte secondo le linee guida del tavolo tecnico "Contratti Semplici
e Chiari", per la semplificazione dei contratti assicurativi
- Privacy

Edizione aggiornata al 11/2025

Documento Informativo relativo al Prodotto assicurativo (DIP Danni) Compagnia: PiùVera Assicurazioni S.p.A. – Prodotto: SOFTOP CPI Small Business

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza, di tipo collettivo e abbinabile ai contratti di finanziamento erogati dalla Banca distributrice alle aziende, copre i rischi derivanti da gravi eventi (quali decesso da infortunio, invalidità totale permanente da infortunio e malattia, inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio e malattia e ricovero ospedaliero da infortunio e malattia) che possano compromettere la capacità di rimborso del finanziamento.



Che cosa è assicurato?

✓ **Decesso**

Nel caso di decesso per infortunio viene riconosciuto un indennizzo pari al capitale assicurato.

✓ **Invalidità Totale Permanente**

Nel caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, da cui deriva una invalidità permanente pari o superiore al 60%, viene riconosciuto un indennizzo pari al capitale assicurato.

✓ **Inabilità Temporanea**

Nel caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, da cui deriva un'inabilità temporanea totale, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate del finanziamento in scadenza durante il periodo di inabilità stessa.

✓ **Ricovero Ospedaliero**

Nel caso di ricovero dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia presso un Istituto di cura appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, una struttura convenzionata con lo stesso o una struttura privata, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate del finanziamento in scadenza durante il ricovero stesso.

Le garanzie sono valide per tutti gli Assicurati indipendentemente dalla professione svolta.



Che cosa non è assicurato?

Non sono coperti:

- ✗ i soggetti non residenti in Italia;
- ✗ i soggetti con età inferiore ai 18 anni e 70 compiuti al momento della scadenza del finanziamento;
- ✗ i soggetti che non siano nella condizione di poter rispondere negativamente a tutti i quesiti del questionario anamnestico sottoposto prima dell'adesione alla polizza.



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le esclusioni principali:

- ! dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;
- ! suicidio e tentativi di suicidio, atti di autolesionismo o stato di incapacità di intendere o di volere;
- ! incidenti di volo su aeromobile non autorizzato, viaggio in qualità di membro dell'equipaggio alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero su aeromobili di aeroclub, di società/aziende per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- ! partecipazione a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- ! attività sportive professionalistiche o che comportino una remunerazione, salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ! pratica di sport rischiosi, quali, per esempio: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci o idroscì, snowboard, sci alpinismo o fuori pista, immersioni subacquee, rafting, bungee jumping, rugby, football americano, pugilato, lotta.



Dove vale la copertura?

✓ Le coperture assicurative sono valide senza limiti territoriali; in caso di sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.



Che obblighi ho?

È fatto d'obbligo:

- al momento della sottoscrizione, di effettuare dichiarazioni veritieri, corrette e complete;
- in caso di sinistro, di denunciarlo tempestivamente, inviando la documentazione necessaria per la sua definizione.

Le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti rese, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio possono compromettere il diritto a ricevere la prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio è annuo ed è corrisposto mediante il conto corrente indicato dall'Azienda Aderente per il pagamento delle rate del finanziamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture decorrono dal giorno di stipula del finanziamento, ovvero dal giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

La durata della copertura assicurativa non può essere superiore alla durata del finanziamento, cui si può aggiungere l'eventuale periodo di preammortamento. Il totale della durata del finanziamento più l'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 60 mesi, salvo il caso di rinegoziazione o moratoria del contratto di finanziamento. La copertura assicurativa ha comunque termine:

- alla scadenza del finanziamento;
- in caso di liquidazione della prestazione prevista per la garanzia Decesso da infortunio;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente dell'Assicurato da infortunio o malattia;
- in caso di decesso dell'Assicurato da malattia;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione o surroga passiva del finanziamento da parte dell'Azienda Aderente (salvo richiesta da parte dell'Azienda Aderente di mantenere in vigore le coperture assicurative);
- per cessazione dell'attività dell'Azienda Aderente;
- per cessazione del rapporto tra l'Assicurato e l'Azienda Aderente;
- al 31 dicembre dell'anno di compimento del 70° compleanno dell'Assicurato.



Come posso disdire la polizza?

A condizione che non siano stati denunciati sinistri, è possibile recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza. È inoltre possibile recedere dal contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.

Il recesso deve essere comunicato alla filiale della Banca distributrice presso cui è stata emessa la polizza oppure alla Compagnia attraverso lettera raccomandata A/R.

Assicurazione Credit Protection Insurance

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)



Prodotto: SOFTOP CPI Small Business

Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 11/2025 ed è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente/aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente/aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

PiùVera Assicurazioni S.p.A., Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano. Sito internet: www.piuvera.it; Email: info@piuvera-assicurazioni.it (per informazioni di carattere generale), sinistri@piuvera-assicurazioni.it (per informazioni relative alle liquidazioni); PEC: piuvera-assicurazioni@legalmail.it.

PiùVera Assicurazioni S.p.A. è una società per azioni appartenente al Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia (iscritto all'Albo delle società capogruppo al n° 057), soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.;

Vera Assicurazioni S.p.A. è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 ed autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09 novembre 2005.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto è pari ad Euro 89,583 milioni ed il risultato economico di periodo è pari ad Euro 16,597 milioni. Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari al 260%, come risultante dalla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.piuvera.it.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa che l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.

La polizza prevede diverse Sezioni: (i) Decesso da infortunio; (ii) Invalidità permanente; (iii) Inabilità temporanea; (iv) Ricovero Ospedaliero.

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni, si fa presente che le garanzie di polizza non operano per:

Sezione Decesso da infortunio: (i) omicidio dell'Assicurato consenziente; (ii) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi; (iii) partecipazione attiva dell'Assicurato a missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Azienda Aderente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero; (iv) partecipazione a gare e corse di velocità e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; (v) consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope, allucinogeni e simili e/o all'abuso di alcool; (vi) sindromi organiche celebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.

Sezioni Invalidità permanente, Inabilità temporanea e Ricovero ospedaliero: i sinistri causati da (i) malattie tropicali o epidemiche; (ii) incidenti di volo, anche in qualità di passeggero, causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo), deltaplani, parapendio, anche in qualità di passeggero; (iii) partecipazione attiva dell'Assicurato a missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano e conflitti a fuoco; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e repubblica di San Marino) in Paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi; (iv) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici; (v) guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione prevista dalle disposizioni vigenti; (vi) uso o produzione di esplosivi; (vii) abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato; (viii) Infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili; (ix) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici e correzioni di difetti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato; (x) prestazioni per la cura di infertilità e sterilità; (xi) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser; (xii) pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport: sci acrobatico, sci di velocità, sci nautico, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, snowboard fuori pista, alpinismo, volo a vela, kitesurf, snowkite, canoa o idrospeed in tratti caratterizzati da rapide, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, tauromachia, hockey bob, atletica pesante, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle; (xiii) pratica da parte dell'Assicurato di attività sportive compiute a livello professionistico, salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali; (xiv) pratica da parte dell'Assicurato di gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione; (xx) partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo); (xv) trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera); (xvi) parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi; (xvii) sindromi organiche celebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.

Franchigie e Scoperti

Si precisa che per le seguenti garanzie:

- **Sezione Invalidità permanente:** si applica una franchigia assoluta del 59%;
- **Sezione Inabilità temporanea:** si applica una franchigia assoluta di 60 giorni;
- **Sezione Ricovero ospedaliero:** si applica una franchigia assoluta di 7 giorni.

Periodo di carentza

Si precisa che per le seguenti garanzie:

- **Sezione Invalidità Permanente:** per la malattia è previsto un periodo di carentza di 60 giorni dalla data di validità del Contratto;
- **Sezione di Inabilità Temporanea:** per la malattia è previsto un periodo di carentza di 60 giorni dalla data di validità del Contratto;
- **Sezione Ricovero ospedaliero:** si applica un periodo di carentza di 60 giorni dalla data di validità del Contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle aziende sottoscruttrici di un finanziamento con durata massima pari a 5 anni, un capitale assicurato iniziale non superiore a 200.000 euro e sommatoria dei capitali finanziati per ciascun finanziamento non superiore a 500.000 euro presso la banca distributrice, che vogliano assicurare il debito residuo nel caso di sinistri che dovessero coinvolgere persone chiave dell'azienda aderente che abbiano un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti alla scadenza del finanziamento.



Quali costi devo sostenere?

- Costi intermediazione:

Il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel tasso di Premio, è pari al 57%; di questo costo, la quota parte percepita in media dal Distributore è pari ad un 75,44%.

Costi dei PPI: non sono presenti ulteriori costi.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: PiùVera Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami , Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano, e-mail: reclami@piuvera-assicurazioni.it , pec: piuvera-assicurazioni@legalmail.it . La Compagnia dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .

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

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) (obbligatorio).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le imposte relative al presente contratto sono a carico del contraente e sono applicate sui premi imponibili secondo le norme in vigore alla data di incasso del premio. L'aliquota dell'imposta sulle assicurazioni in vigore al momento di pubblicazione del presente documento risulta pari 2,50% per la garanzia infortunio.
--	--

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



Presentazione

Il prodotto è una copertura assicurativa di tipo collettivo, rivolto alle persone giuridiche che abbiano sottoscritto un contratto di Finanziamento con Banco BPM (di seguito "la Banca") e che vogliano assicurare il debito residuo in caso di sinistri che dovessero coinvolgere persone fisiche chiave della propria Azienda.

COPERTURE PRESTATE

Con il presente Contratto, l'Azienda Aderente acquista le seguenti coperture:

1. Decesso da infortunio
2. Invalidità permanente
3. Inabilità temporanea
4. Ricovero ospedaliero

Per informazioni generali sulla Polizza telefonare:

**Numero verde 800.055.177 (per l'Italia)
Linea Urbana +39 02. 30548801 (per l'Estero)**

**Contattabile telefonicamente dal lunedì al venerdì
dalle ore 08:30 alle ore 17:30**

 **Glossario**

5

 **Condizioni di Assicurazione****Sezione 1 - Decesso da infortunio**

Art. 1.1 Chi è assicurato	8
Art. 1.2 Contro quali danni posso assicurarmi	8
Art. 1.3 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	8

Sezione 2 - Invalidità Permanente

Art. 2.1 Chi è assicurato	9
Art. 2.2 Contro quali danni posso assicurarmi	9
Art. 2.3 Carenza	9
Art. 2.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	9

Sezione 3 - Inabilità Temporanea

Art. 3.1 Chi è assicurato	10
Art. 3.2 Contro quali danni posso assicurarmi	10
Art. 3.3 Carenza	10
Art. 3.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	10

Sezione 4 - Ricovero Ospedaliero

Art. 4.1 Chi è assicurato	11
Art. 4.2 Contro quali danni posso assicurarmi	11
Art. 4.3 Carenza	11
Art. 4.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti.	11

Sezione 5 - Esclusioni

Art. 5.1 Esclusioni Decesso da infortunio (Sezione 1)	12
Art. 5.2 Esclusioni Invalidità permanente (Sezione 2); Inabilità temporanea (Sezione 3); Ricovero ospedaliero (Sezione 4)	12

Sezione 6 - Contratto dalla A alla Z

Art. 6.1 Requisiti di assicurabilità	14
Art. 6.2 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	14
Art. 6.3 Decorrenza del contratto	14
Art. 6.4 Durata del contratto	14
Art. 6.5 Pagamento del premio	15
Art. 6.6 Numero massimo di persone assicurabili	15
Art. 6.7 Diritto di recesso	15
Art. 6.8 Beneficiari	16
Art. 6.9 Estinzione anticipata e surroga passiva	16
Art. 6.10 Rimborso anticipato parziale, rinegoziazione e moratoria del finanziamento	16
Art. 6.11 Cessazione della copertura assicurativa	16
Art. 6.12 Oneri fiscali	17
Art. 6.13 Forma delle comunicazioni	17
Art. 6.14 Legge applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	17

Art. 6.15 Prescrizione	17
Art. 6.16 Cessione dei diritti	17
Art. 6.17 Sanzioni internazionali	18

Sezione 7 - Denuncia ed obblighi in caso di Sinistro

Art. 7.1 Denuncia in caso di Sinistro	19
Art. 7.2 Obblighi in caso di Sinistro	19
Art. 7.3 Pagamento dell'Indennizzo	20
Art. 7.4 Liquidazione dell'Indennizzo	20
Art. 7.5 Denunce successive	21



Informativa sulla Protezione e sul Trattamento dei dati personali

22



Glossario

I termini che nel Contratto sono indicati con la lettera iniziale maiuscola assumono il significato di seguito riportato, sia al singolare che al plurale:

ASSICURATO

La persona fisica di età compresa tra i 18 e i 70 anni, che ricopre un ruolo chiave presso l'Azienda Aderente e che ha aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

ASSICURAZIONE

Insieme delle garanzie previste in Polizza.

AZIENDA ADERENTE

La società (incluse le ditte individuali, gli studi associati e società di professionisti) intestataria di un Finanziamento, concesso dalla Contraente ("Banca") e che aderisce facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione, pagando il premio e indicando gli Assicurati.

BANCA

Banco BPM S.p.A. che eroga un Finanziamento e che svolge attività di distribuzione assicurativa dietro incarico dell'Impresa, consistente nel presentare o proporre contratti assicurativi o nel prestare assistenza e consulenza finalizzate a tale attività e nella conclusione dei contratti ovvero nella collaborazione alla gestione o alla esecuzione dei contratti stipulati.

BENEFICIARI

Il soggetto (l'Azienda Aderente) al quale spettano le prestazioni previste nel contratto.

CAPITALE ASSICURATO

Il debito residuo in linea capitale risultante al 1 gennaio di ogni anno.

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE

L'importo indicato nel Modulo di Adesione, al netto di eventuali rimborsi anticipati.

CAPITALE ASSICURATO PRO-QUOTA

L'importo di capitale relativo al singolo Assicurato, pari al rapporto tra il Capitale assicurato ed il numero degli Assicurati.

CARENZA

Periodo durante il quale le garanzie assicurative non sono efficaci.

Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia assicuratrice non corrisponde la prestazione assicurata.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

COMPAGNIA

PiùVera Assicurazioni S.p.A.

CONTRAENTE

La Banca che ha stipulato la polizza collettiva con la Compagnia per conto dei propri clienti che sottoscrivono un contratto di Finanziamento.

DEBITO RESIDUO

Debito in linea capitale del Finanziamento risultante dal piano di ammortamento alla data del sinistro, con esclusione di

eventuali importi di rate mensili insolute prima del sinistro.

DECESO

Morte dell'Assicurato a seguito di infortunio.

FINANZIAMENTO

Prestito erogato dalla Banca all'Azienda Aderente e a cui fa riferimento la copertura assicurativa del presente Contratto di assicurazione.

La rata mensile di rimborso del Finanziamento deve essere pagata secondo le modalità definite nel contratto di Finanziamento stesso.

FRANCHIGIA

L'importo, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla somma assicurata/risarcibile, dedotto dall'importo indennizzabile, che l'Azienda Aderente tiene a suo carico, perché non pagato né rimborsato dalla Compagnia.

INABILITÀ TEMPORANEA

La perdita temporanea, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in polizza.

INDENNIZZO/RISARCIMENTO

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Sono considerati infortuni anche:

- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le embolie conseguenti ad immersioni subacquee con autorespiratore;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze,
- l'asfissia non dipendente da malattia;
- le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di vegetali e di insetti, esclusa comunque la malaria;
- le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisioterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati.

Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni. Istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.

MALATTIA

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

MODULO DI ADESIONE

Il modulo che l'Azienda Aderente e gli Assicurati devono sottoscrivere per aderire alla Polizza Collettiva.

PERIODO DI AMMORTAMENTO

È il periodo durante il quale l'Azienda Aderente si obbliga a restituire il debito mediante rate periodiche composte da quota capitale e quota interesse.

POLIZZA COLLETTIVA

Il contratto stipulato dalla Contraente nell'interesse di più Assicurati.

PREAMMORTAMENTO

Periodo, di durata non superiore a 60 giorni, che decorre dall'erogazione del Finanziamento durante il quale l'Azienda Aderente è tenuta alla corresponsione al Contraente della parte costituita dalla sola quota interessi.

PREMIO

Somma di denaro che viene versata dall'Azienda Aderente alla Banca e, per il tramite della Contraente, viene riversato alla Compagnia in relazione alla copertura assicurativa.

PRESTAZIONE

Importo liquidabile dalla Compagnia in base alle Condizioni di Assicurazione.

RICOVERO OSPEDALIERO

Permanenza in Istituto di Cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.

SINISTRO

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

SOMMA ASSICURATA

L'importo contrattualmente stabilito che costituisce il limite entro il quale la Compagnia è obbligata a rispondere nel caso in cui si verifichi un sinistro che colpisca le coperture assicurate per le quali è prestata la garanzia.

SURROGA PASSIVA

Trasferimento del Finanziamento presso un altro distributore.

Condizioni di Assicurazione

Polizza Collettiva CPI Small Business n. 10000000183

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano il rapporto contrattuale tra il Contraente e la Compagnia.

Il Contratto è abbinabile ai Finanziamenti erogati dalla Banca e può essere stipulato solo contestualmente alla sottoscrizione del Prestito, nei limiti e nei termini di cui alle presenti Condizioni.

Gli obblighi della Compagnia dipendono esclusivamente dalla Polizza Collettiva, dalle presenti Condizioni, dal Modulo di Adesione, dal Questionario Anamnestico e dalle eventuali Appendici rilasciate dalla Compagnia stessa.

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

Sezione 1 - Decesso da infortunio

Art. 1.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 1.2 Contro quali danni posso assicurarmi

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il Capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale, salvo il caso di cui all'Art. 6.10 delle presenti Condizioni.

In caso di Polizza con più Assicurati, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato pro-quota.

Art. 1.3 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

EVENTO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
DECESO DA INFORTUNIO	Nei limiti della Somma assicurata indicata nel Modulo di Adesione per sinistro con il massimo di 200.000 euro	Non previsti

Sezione 2 - Invalidità Permanente

Art. 2.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 2.2 Contro quali danni posso assicurarmi

In caso di un infortunio o di una malattia che comporti una Invalidità permanente dell'Assicurato di grado pari o superiore al 60%, la Compagnia riconosce all'Azienda Aderente una prestazione pari al capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale.

In caso di Polizza con più Assicurati, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato pro-quota.

Per data del sinistro si intende la data di diagnosi della malattia o la data dell'infortunio che hanno generato l'invalidità indennizzabile. Eventuali stati di invalidità pregressa o l'aggravamento di una patologia preesistente per la quale era già stata riconosciuta una percentuale di invalidità non sono rilevanti, pertanto, ai fini del calcolo della percentuale dell'invalidità permanente.

Eventuali indennizzi già corrisposti per la Sezione 3 "Inabilità Temporanea" e per la Sezione 4 "Ricovero Ospedaliero" nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e la data di riconoscimento dell'Invalidità Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per la presente garanzia.

Art. 2.3 Carenza

L'Invalidità Permanente da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.

L'Invalidità Permanente da malattia è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di decorrenza del Contratto. Qualora si verifichi il sinistro nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

Per stabilire se un sinistro si sia verificato nel periodo di carenza, si adotterà la data di diagnosi della malattia.

Art. 2.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

EVENTO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
INVALIDITÀ PERMANENTE	Nei limiti della somma assicurata indicata nel Modulo di Adesione per sinistro con il massimo di 200.000 euro	Franchigia 59%

Sezione 3 – Inabilità Temporanea

Art. 3.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 3.2 Contro quali danni posso assicurarmi

Nel caso in cui un infortunio o una malattia determini un'inabilità temporanea, la Compagnia corrisponde all'Assicurato un indennizzo pari alla somma delle rate mensili in scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa.

L'importo indennizzabile è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro.

Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Finanziamento. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'Art. 6.10 delle presenti condizioni.

In caso di Polizza con più Assicurati, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato pro-quota.

Le Inabilità Temporanee dovute a infortunio, mal di schiena e patologie assimilabili dovranno essere comprovate da esami diagnostici e/o clinici.

Art. 3.3 Carenza

L'Inabilità Temporanea da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.

L'Inabilità Temporanea da malattia è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di decorrenza del Contratto. Qualora si verifichi il sinistro nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

Per stabilire se un sinistro si sia verificato nel periodo di carenza, si adotterà la data di diagnosi della malattia.

Art. 3.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

EVENTO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
INABILITÀ TEMPORANEA	Massimo di 2.000 euro mensili per rata. Massimo 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale.	60 giorni

Sezione 4 - Ricovero Ospedaliero

Art. 4.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 4.2 Contro quali danni posso assicurarmi

Nel caso in cui un infortunio o una malattia determini il ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde all'Azienda Aderente un indennizzo pari alla somma delle rate mensili (o di diverso frazionamento) in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Finanziamento. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'**Art. 6.10 delle presenti condizioni**.

In caso di Polizza con più Assicurati, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato pro-quota.

Art. 4.3 Carenza

Il Ricovero Ospedaliero da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.

Il Ricovero Ospedaliero da malattia è sottoposto ad un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di decorrenza del Contratto. Qualora si verifichi il sinistro nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

Per stabilire se un sinistro si sia verificato nel periodo di carenza, si adotterà la data di diagnosi della malattia.

Art. 4.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

EVENTO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
RICOVERO OSPEDALIERO	Massimo di 2.000 euro mensili per rata. Massimo 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale.	7 giorni

Sezione 5 – Esclusioni

Art. 5.1 Esclusioni Decesso da infortunio (Sezione 1)

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- a) dolo del Beneficiario;
- b) suicidio dell'Assicurato;
- c) omicidio dell'Assicurato consenziente;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- e) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra o missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Azienda Aderente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- f) partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- g) partecipazione a gare e corse di velocità e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- h) 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;
- i) consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope, allucinogeni e simili e/o all'abuso di alcool;
- j) sindromi organiche celebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.

Art. 5.2 Esclusioni Invalidità permanente (Sezione 2); Inabilità temporanea (Sezione 3); Ricovero ospedaliero (Sezione 4)

Sono esclusi dalla copertura i sinistri causati da:

- a) dolo dell'Assicurato;
- b) malattie tropicali o epidemiche;
- c) incidenti 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;
- d) incidenti di volo, anche in qualità di passeggero, causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo), deltaplani, parapendio, anche in qualità di passeggero;
- e) viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;
- f) viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota, o qualunque altro membro dell'equipaggio;
- g) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano e conflitti a fuoco; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e repubblica di San Marino) in Paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;
- h) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- i) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- j) guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione prevista dalle disposizioni vigenti;
- k) uso o produzione di esplosivi;
- l) abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- m) Infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- n) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici e correzioni di difetti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- o) prestazioni per la cura di infertilità e sterilità;
- p) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- q) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato (compreso il suicidio ed il tentato suicidio) o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;

- r) pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci o idroscì, sci acrobatico, sci di velocità, sci nautico, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, snowboard, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed in tratti caratterizzati da rapide, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia, hockey bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle;
- s) pratica da parte dell'Assicurato di attività sportive compiute a livello professionistico, salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- t) pratica da parte dell'Assicurato di gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;
- u) partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- v) trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- w) parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- x) sindromi organiche celebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.

Sezione 6 - Contratto dalla A alla Z

Art. 6.1 Requisiti di assicurabilità

Al momento dell'adesione alla polizza, l'Azienda Aderente deve:

- a) avere sottoscritto con la Banca distributrice un Contratto di finanziamento con durata massima pari a 5 anni incluso il periodo di Preammortamento, salvo il caso di eventuale rinegoziazione o moratoria del Contratto di finanziamento;
 - con un capitale assicurato iniziale non superiore a 200.000 euro; in caso di più finanziamenti, nel caso in cui l'Assicurato risulti coperto su più Finanziamenti con la Polizza Collettiva, la sommatoria delle quote parte dei capitali finanziati a lui attribuiti al momento della sottoscrizione di ciascun Finanziamento, incluso quello in oggetto, non potrà superare 300.000 euro;
 - con sommatoria dei capitali finanziati per ciascun Finanziamento non superiore a 500.000 euro (nel caso in cui l'Azienda Aderente abbia più Finanziamenti abbinati alla presente Polizza Collettiva).
- b) assicurare ciascuna persona fisica che ricopra ruoli chiave nell'Azienda Aderente e che:
 - sia residente nel territorio della Repubblica Italiana;
 - abbia, al momento dell'adesione del Contratto, compiuto il 18° anno di età; non abbia compiuto il 70° anno di età alla scadenza del Finanziamento concesso all'Azienda Aderente;
 - abbia risposto negativamente a tutti i quesiti presenti nel documento Questionario Anamnestico che costituisce parte integrante del presente Contratto;
 - non sia mai stato ricoverato in terapia intensiva.

Il Capitale assicurato iniziale per ogni singola Polizza non potrà essere superiore a 200.000 euro.

Nel caso in cui un soggetto rivesta la qualifica di Assicurato in due o più Polizze, la somma dei Capitali assicurati pro-quota a lui riferiti non potrà essere superiore a 300.000 euro.

Nel caso in cui un'Azienda Aderente sottoscriva due o più Polizze, la somma dei Capitali assicurati non potrà essere superiore a 500.000 euro.

Art. 6.2 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o dell'Azienda Aderente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio – in particolare quelle rilasciate durante la compilazione del Questionario Anamnestico – possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora la Compagnia intenda recedere dal contratto, ne darà comunicazione all'Azienda Aderente tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà all'Azienda Aderente il premio, al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di decorrenza del Contratto ed il giorno in cui la Compagnia è venuta a conoscenza delle dichiarazioni inesatte o reticenti.

Eventuali variazioni delle circostanze di rischio intervenute tra la data di adesione alla copertura assicurativa e la data di decorrenza delle garanzie, dovranno essere comunicate alla Compagnia. In questo caso la Compagnia si riserva il diritto di accettare o di rifiutare il rischio.

Art. 6.3 Decorrenza del contratto

L'Assicurazione ha effetto dal giorno di pagamento del premio.

Art. 6.4 Durata del contratto

La durata dell'Assicurazione non può essere superiore alla durata del Finanziamento più l'eventuale periodo di preammortamento pari a 60 giorni, salvo il caso di rinegoziazione o moratoria del Contratto di Finanziamento.

In nessun caso la Compagnia sarà obbligata a corrispondere alcuna prestazione per sinistri che si verifichino oltre il termine di durata delle coperture assicurative.

Art. 6.5 Pagamento del premio

Il pagamento del premio avviene mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto all'addebito su conto corrente intrattenuto dall'Azienda Aderente presso la Banca.

L'ammontare del premio dovuto dall'Azienda Aderente alla decorrenza del Contratto sarà determinato moltiplicando il capitale assicurato iniziale per il tasso di premio e calcolato sulla base del numero di giorni intercorrenti dalla data di decorrenza delle coperture assicurative e il 31 dicembre dello stesso anno, come di seguito indicato:

$$\text{Premio di perfezionamento iniziale} = t \times KAI \times di$$

Ciascun premio annuo successivo sarà dovuto al 1° gennaio di ciascun anno per tutta la durata del Finanziamento, moltiplicando il capitale assicurato a tale data, per il tasso di premio, come di seguito indicato:

$$\text{Premio anni successivi} = t \times KA$$

L'ammontare del premio dovuto dall'Azienda Aderente nell'anno di scadenza naturale del Finanziamento, sarà determinato moltiplicando il capitale assicurato al 1° gennaio di tale annualità, per il tasso di premio e calcolato sulla base del numero di giorni intercorrenti sempre tra il 1° gennaio e la data di scadenza naturale del Finanziamento dello stesso anno, come di seguito indicato:

$$\text{Premio ultima annualità} = t \times KA \times df$$

dove:

Premio = premio da corrispondere annualmente; il premio è comprensivo dell'imposta di assicurazione (pari al 2,50%) per le garanzie danni;

t = tasso di premio 1,33%;

KAI = capitale assicurato iniziale;

KA = capitale assicurato al 1° gennaio di ogni anno;

di = numero di giorni intercorrenti tra la data di decorrenza e il 31 dicembre dello stesso anno (diviso 365);

df = numero di giorni intercorrenti tra il 1° gennaio e la data di scadenza naturale del Finanziamento dello stesso anno.

Art. 6.6 Numero massimo di persone assicurabili

È possibile assicurare fino ad un massimo di 4 persone fisiche, purché siano tutti in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'**Art. 6.1 delle presenti condizioni**.

L'importo del Finanziamento si intende suddiviso in parti uguali tra tutti gli Assicurati.

Tutti gli Assicurati dovranno sottoscrivere un Modulo di Adesione ed un Questionario Anamnestico, assumendosi ogni responsabilità in merito alla veridicità delle dichiarazioni e delle informazioni rilasciate.

In caso di cessazione della copertura per uno degli Assicurati, l'operatività delle garanzie non è pregiudicata per gli altri.

Art. 6.7 Diritto di recesso

A condizione che non abbia denunciato sinistri, l'Azienda Aderente può recedere dalla Polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza.

A partire dalla prima ricorrenza annuale, l'Assicurato può inoltre recedere dal Contratto con un preavviso di 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.

La richiesta di recesso potrà essere esercitata inviando richiesta scritta tramite lettera raccomandata A/R indirizzata a:

PiùVera Assicurazioni S.p.A. – Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano, oppure consegnando la richiesta alla filiale della Banca distributrice presso cui è stato sottoscritto il contratto di Finanziamento, oppure inviando la richiesta all'indirizzo di posta certificata della Compagnia: piuvera-assicurazioni@legalmail.it

La Compagnia procederà, per il tramite della Contraente, alla restituzione del premio versato relativo al periodo di copertura non goduto, in base a quanto riportato all'**Art. 6.9 delle presenti condizioni**.

Art. 6.8 Beneficiari

Per tutte le garanzie relative al presente contratto, il Beneficiario della prestazione assicurata è l’Azienda Aderente. L’assicurato rinuncia espressamente alla facoltà di revocare o modificare la designazione dei beneficiari, in deroga a quanto previsto dagli articoli 1920 e 1921 del Codice Civile. In nessun caso, nel corso della durata del Contratto, la Banca potrà essere indicata come Beneficiario o vincolatario delle prestazioni assicurative.

Art. 6.9 Estinzione anticipata e surroga passiva

Nel caso di estinzione anticipata del Finanziamento o surroga ad altro ente finanziatore, qualora non risultino sinistri aperti, la Compagnia restituirà all’Azienda Aderente, per il tramite della Banca, la parte di premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio è cessato.

Il premio rimborsato sarà pari al premio annuo pagato imponibile, al netto dei costi amministrativi di rimborso del premio indicati nel Modulo di Adesione, moltiplicato per il rapporto tra la durata residua della copertura assicurativa su base annuale (espressa in giorni dalla data di estinzione/trasferimento al 31 dicembre) e la durata della copertura (sempre espressa in giorni, 365 – su base annuale):

$$\text{Rimborso del premio} = \frac{P * (n - t)}{n}$$

dove:

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione e di eventuali costi amministrativi di rimborso del premio

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

In caso di corresponsione della prestazione per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente, il premio resta acquisito dalla Compagnia e non verrà quindi restituito.

Art. 6.10 Rimborsso anticipato parziale, rinegoziazione e moratoria del finanziamento

Qualora l’Azienda Aderente proceda a rimborsare parzialmente in via anticipata una parte del Finanziamento, la Compagnia, per l’anno in corso, restituirà all’Azienda Aderente, per il tramite della Banca, la parte di premio annuo pagato relativo al periodo per il quale il rischio è diminuito per effetto dell’estinzione parziale, secondo la seguente formula:

$$\text{Rimborso del premio} = P * a * (n-t)/n$$

dove:

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione e di eventuali costi amministrativi di rimborso del premio

a = percentuale di riduzione del debito residuo

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

La Compagnia ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.

Per gli anni successivi le prestazioni saranno calcolate in funzione del piano di ammortamento risultante al 1° gennaio di ciascun anno.

In caso di rinegoziazione e moratoria del contratto di Finanziamento, le coperture assicurative continueranno ad operare sino all’eventuale nuova scadenza e le prestazioni saranno calcolate in funzione del piano di ammortamento risultante al 1° gennaio di ciascun anno.

Art. 6.11 Cessazione della copertura assicurativa

Per ciascun Assicurato, le garanzie termineranno al verificarsi di una delle seguenti ipotesi:

a) liquidazione della prestazione prevista per la garanzia Decesso da infortunio;

- b) liquidazione della prestazione prevista per la garanzia Invalidità Permanente da infortunio o malattia;
- c) decesso dell'Assicurato da malattia;
- d) cessazione del rapporto di lavoro tra l'Assicurato e l'Azienda Aderente;
- e) cessazione dell'attività dell'Azienda Aderente;
- f) scadenza del finanziamento;
- g) esercizio del diritto di recesso;
- h) in caso di anticipata estinzione, surroga passiva del Finanziamento da parte dell'Azienda Aderente, salvo richiesta da parte dell'Azienda Aderente di mantenere in vigore le coperture assicurative;
- i) al 31 dicembre dell'anno di compimento del 70° compleanno dell'Assicurato.

Nell'ipotesi di cui alla lettera c), d) ed e), la Compagnia restituisce all'Azienda Aderente il rateo del premio annuo corrisposto per il singolo Assicurato e non goduto, così come previsto all'**Art. 6.9 delle presenti condizioni**.

Art. 6.12 Oneri fiscali

Le imposte, i contributi, le tasse e tutti gli oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico dell'Azienda Aderente.

Art. 6.13 Forma delle comunicazioni

Per quanto non diversamente regolato, tutte le comunicazioni inerenti al contratto debbono farsi per iscritto mediante invio di lettera raccomandata A/R, fax o posta elettronica certificata all'attenzione di:

PiùVera Assicurazioni S.p.A.
Corsa di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano MI
Posta Elettronica Certificata: piuvera-assicurazioni@legalmail.it

oppure alla filiale della Banca alla quale è assegnato il Contratto di assicurazione.

Art. 6.14 Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente

Per quanto non regolato espressamente dal presente contratto valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Qualunque controversia relativa al presente contratto, ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs. del 4 marzo 2010 n. 28 e sue successive modifiche, deve essere preliminarmente sottoposta ad un tentativo di mediazione, da effettuarsi innanzi ad uno degli organismi di mediazione iscritti nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia.

La richiesta di mediazione deve essere inviata a PiùVera Assicurazioni S.p.A., Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo piuvera-assicurazioni@legalmail.it

Il tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della causa civile.

Se la mediazione non ha successo, il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio dell'Azienda Aderente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal presente contratto.

Art. 6.15 Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 6.16 Cessione dei diritti

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

Art. 6.17 Sanzioni internazionali

La Compagnia, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A., facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (C.A.S.A.), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle Sanzioni Internazionali definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le sanzioni o misure relative ad Embargo o Asset Freeze) volte a contrastare l'attività di Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrate o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti.

In osservanza alle direttive di C.A.S.A., nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente Contratto assicurativo se tale pagamento viola queste misure.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere informazioni e documentazione per verificare la conformità alle Sanzioni Internazionali. Fino a quando non sarà fornita prova soddisfacente dell'assenza di violazioni, la Compagnia potrà sospendere operazioni, rifiutare pagamenti o bloccare fondi, senza responsabilità, penalità o indennizzo per eventuali ritardi o sospensioni.

Dichiarazioni e Obblighi del Cliente

Il Cliente dichiara e garantisce che, per tutta la durata del contratto, né esso né, per quanto di sua conoscenza, alcuna delle sue controllate, amministratori, dirigenti, dipendenti, agenti o rappresentanti:

- siano una Persona Sanzionata;
- siano posseduti o controllati da una Persona Sanzionata;
- siano situati, residenti ovvero con sede legale in un Paese Sanzionato;
- siano coinvolti in attività con una Persona Sanzionata o con soggetti situati in un Paese Sanzionato.
- abbiano ricevuto fondi o altri beni da una Persona Sanzionata.

Il Cliente si impegna a notificare tempestivamente la Compagnia di qualsiasi circostanza che possa rendere inaccurata o non veritiera la suddetta dichiarazione. Inoltre, garantisce che non utilizzerà, direttamente o indirettamente, alcun provento derivante dal Contratto per finanziare, agevolare o sostenere attività con Persone Sanzionate o soggetti situati in Paesi Sanzionati, né effettuerà pagamenti con fondi di provenienza non conforme alle Sanzioni Internazionali.

Sezione 7 - Denuncia ed obblighi in caso di sinistro

Art. 7.1 Denuncia in caso di sinistro

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Azienda Aderente e/o dalla Banca alla Compagnia, entro 10 giorni dalla data del sinistro stesso, componendo i seguenti numeri di telefono:

**Numero Verde 800.767.888 (per Italia),
Linea Urbana +39.02.30548800 (per l'Estero),
contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 17:30.**

Successivamente, seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore, l'Azienda Aderente **dovrà inviare, con lettera raccomandata A/R o Posta Elettronica Certificata, il Modulo di Denuncia sinistro**, ai seguenti indirizzi:

**PiùVera Assicurazioni S.p.A.
Corso di Porta Vigentina n. 9
20122 – MILANO
Posta Elettronica Certificata: sinistri-piuvera-assicurazioni@legalmail.it
E-MAIL: sinistri@piuvera-assicurazioni.it**

Art. 7.2 Obblighi in caso di sinistro

Ai fini della liquidazione dei sinistri, il **Modulo di Denuncia** dovrà essere corredata da una **descrizione dettagliata dell'evento** (specificando giorno, ora e cause che lo hanno determinato), dal **Modulo di Adesione** e dalla documentazione di seguito indicata (salvo eventuali integrazioni richieste dalla Compagnia).

- Copia del **piano di ammortamento** valido al momento del sinistro;
- Documento comprovante la **nomina del legale rappresentante**, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
- Copia del **documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Azienda Aderente**;
- Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro **l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente**;
- Copia di un **documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato**.

Relativamente alla garanzia DECESSO

L'Azienda Aderente dovrà presentare:

- **Comunicazione di decesso** dell'Assicurato contenente la richiesta di pagamento firmata dall'Azienda Aderente;
- **Certificato di morte** dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- **Relazione del medico curante attestante la causa del decesso**;
- In caso di decesso conseguente a causa violenta (es. incidente stradale, infortunio, omicidio o suicidio) copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- Se vi è stato ricovero, **copia della cartella clinica relativa all'infortunio che ha causato il decesso**.

Relativamente alla Garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE

L'Azienda aderente dovrà presentare:

- 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 o alla malattia che ha determinato l'invalidità permanente.

Relativamente alle garanzie INABILITÀ TEMPORANEA

L'Azienda Aderente dovrà presentare:

- 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 (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di inabilità temporanea totale al lavoro).

Dopo il primo certificato, se alla sua scadenza l'inabilità permane, la certificazione del medico deve essere rinnovata; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore, come verificato a seguito di accertamenti.

Relativamente alla garanzia RICOVERO OSPEDALIERO

L'Azienda Aderente dovrà presentare:

- Copia del **certificato del pronto soccorso**;
- Copia dei **referti medici e dell'eventuale cartella clinica**;
- Copia dei **certificati medici** attestanti il periodo di ricovero ospedaliero fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di ricovero).

I certificati medici comprovanti la prosecuzione del periodo di ricovero dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.

Art. 7.3 Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Compagnia provvede al pagamento dell'indennizzo **entro 30 giorni**. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Art. 7.4 Liquidazione dell'indennizzo

decesso da infortunio

In caso di decesso dell'Assicurato liquidabile a termini di polizza prima dell'accertamento dello stato di invalidità permanente, sarà erogata a favore dell'Azienda Aderente la prestazione prevista per il caso di decesso.

In ogni caso, alla Compagnia dovrà esser consegnata la documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

invalidità permanente

L'accertamento dell'Invalidità Permanente deve essere effettuato da un medico legale incaricato dalla Compagnia non prima di 6 mesi e non oltre i 18 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio o della malattia che l'hanno provocata.

Il grado di invalidità permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella Tabella INAIL di cui al D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni.

La percentuale di invalidità calcolata sulla base della tabella INAIL potrebbe non coincidere con la percentuale riconosciuta da altri enti che hanno come riferimento tabelle differenti.

L'indennizzo per Invalidità Permanente non può cumularsi con altri eventuali indennizzi ricevuti per le altre garanzie relativamente allo stesso periodo temporale.

Invalidità permanente da infortunio

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio medesimo, in quanto conseguenze indirette di esso.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso. Nel caso di minorazioni, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

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.

Invalidità permanente da malattia

La Compagnia corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior

pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso. Nel caso di minorazioni, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

Nel corso della durata contrattuale le invalidità permanenti da malattia già accertate potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie, **entro i 18 mesi** successivi al verificarsi della malattia.

INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per "Inabilità temporanea" non è cumulabile con altri per Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale.

In caso di infortunio o malattia dal quale derivi un ricovero ospedaliero, la prestazione per Inabilità Temporanea verrà liquidata trascorsi 60 giorni di franchigia dalla data di dimissione dall'ospedale.

RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di ricovero non in day hospital/day surgery, si tiene conto del numero dei pernottamenti.

L'indennizzo per Ricovero Ospedaliero non può cumularsi con altri eventuali indennizzi ricevuti per Inabilità Temporanea relativamente allo stesso periodo temporale.

Nel caso in cui l'infortunio o la malattia comportino l'intervento di queste garanzie, la Compagnia liquiderà per prima la garanzia "Ricovero Ospedaliero" e solo successivamente, ove ne ricorrano i presupposti, la garanzia Inabilità Temporanea.

Art. 7.5 Denunce successive

Quando un sinistro per Ricovero Ospedaliero e/o Inabilità Temporanea sia stato pagato, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi sinistri salvo che, tra il termine del sinistro precedente ed il nuovo sinistro, non sia trascorso un periodo di almeno 90 giorni consecutivi.



Informativa in materia di Protezione dei dati personali

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 E.S.M.I. (di seguito REG. UE)

1. Titolare del trattamento dei dati personali

La società PiùVera Assicurazioni S.p.A., con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano, di seguito anche la “Società” o il “Titolare”.

2. Responsabile della Protezione dei dati personali

La Società, ritenendo di primaria importanza la tutela dei Dati Personalini degli Interessati, ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) che potrà essere contattato scrivendo all’indirizzo e-mail DPOpiuvera-assicurazioni@legalmail.it per ogni tematica riguardante la protezione dei dati personali.

3. Dati personali oggetto di trattamento e fonte dei dati

Il Titolare tratta le seguenti categorie di dati personali: dati anagrafici, dati economico – finanziari; dati relativi allo stato di salute (di seguito, “Dati particolari”); dati inerenti a eventuali condanne penali e/o reati (di seguito “Dati giudiziari”), in presenza di una previsione normativa o di un’indicazione dell’Autorità Giudiziaria; dati relativi ai bisogni assicurativi del cliente.

I dati personali trattati potranno essere raccolti direttamente presso di Lei ovvero da altri soggetti quali ad esempio contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato, intermediari assicurativi, nonché presso fonti pubbliche e/o pubblicamente accessibili, oltre che presso fornitori d’informazioni commerciali e creditizie, che costituiscono fonte ex art. 14 del Reg.UE.

4. Finalità – Base giuridica del trattamento – Natura del conferimento dei dati personali

I suoi dati personali saranno trattati dal Titolare per le seguenti finalità:

a) Finalità Assicurativa

I. **Proposizione, conclusione ed esecuzione del contratto assicurativo e dei connessi servizi assicurativi e strumentali** (come ad esempio per la verifica dei requisiti assuntivi per l’emissione del contratto e la quotazione del relativo premio, determinazione della classe di merito, attività di liquidazione dei danni etc.) e dei relativi adempimenti normativi (quali ad esempio la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti, gli adempimenti in materia di antifrode e antiterrorismo, la tenuta dei registri assicurativi, la gestione all’Area Riservata del sito internet della Società e la gestione dei reclami).

In relazione a tale finalità il trattamento dei dati risulta necessario sia per l’esecuzione del contratto ai sensi dell’art. 6, par. 1, lett. b) Reg. UE, sia per l’adempimento di obblighi di legge previsti dalla normativa di settore, ai sensi dell’art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell’art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i..

In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell’art. 9, par. 2, lett. a) Reg. UE;

II. Attività di tariffazione e sviluppo di nuovi prodotti.

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella definizione di nuovi prodotti;

III. Contrastare e prevenire tentativi di frode nei confronti del Titolare.

La base giuridica del trattamento è il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nella tutela del patrimonio aziendale rispetto a tentativi di frode ed altre condotte illecite, nonché l'adempimento di obblighi di legge ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell'art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i.;

IV. Difesa dei diritti del Titolare in sede giudiziaria ed extragiudiziaria.

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella tutela degli interessi e diritti propri;

V. Comunicazione dei dati relativi al contratto stipulato alle società del Gruppo di appartenenza per finalità amministrative e contabili.

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti fra le società del Gruppo di appartenenza per necessità amministrative e contabili;

VI. Comunicazione dei dati a coassicuratori e riassicuratori, nonché ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa (1) per la gestione del rischio assicurato.

La base giuridica per il trattamento dei dati è il legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti per la gestione del rischio assicurato. In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell'art 9, par. 2, lett. a) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è necessario per le finalità di cui alla lettera a) I, II, III, IV, V, VI, pertanto, l'eventuale omesso conferimento dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

- b) **Finalità di marketing effettuata dal Titolare**, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto (2), consistenti, ad esempio, nell'invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio erogato e la soddisfazione del cliente;
- c) Finalità di comunicazione dei **Suoi dati personali ad altre Società del Gruppo** di appartenenza e a soggetti terzi appartenenti a varie categorie merceologiche (servizi finanziari, bancari e assicurativi, automotive, information technology, comunicazione) **per loro finalità di marketing**, proposizione e comunicazione commerciale.
- d) Finalità di profilazione della clientela, anche mediante elaborazioni elettroniche, di comportamenti ed abitudini di consumo, in modo da migliorare i servizi forniti, soddisfare le specifiche esigenze e indirizzare eventuali proposte commerciali di interesse.

In riferimento alle finalità indicate dalla lettera b) alla lettera d), la base giuridica per il trattamento dei dati è il consenso ai sensi dell'art 6, par. 1, lett. a) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è facoltativo, pertanto, l'eventuale omessa prestazione del consenso non determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

5. Destinatari dei dati personali

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate, i suoi Dati Personalì potranno essere comunicati alle/conosciuti dalle seguenti categorie di destinatari:

- Il personale alle dipendenze del Titolare, previa nomina quali persone autorizzate al trattamento;
- I soggetti terzi (3) coinvolti nella gestione dei rapporti con lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.
- I soggetti terzi cui possono essere comunicati i suoi Dati Personalini agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personalini; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personalini per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso.

L'elenco aggiornato dei suddetti destinatari è disponibile presso il Titolare, come pure l'estratto di eventuali accordi di contitolarietà che possono essere richiesti scrivendo al Titolare del trattamento all'indirizzo piuvera-assicurazioni@legalmail.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo DPOpiuvera-assicurazioni@legalmail.it.

I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

6. Modalità di trattamento

Nell'ambito delle finalità indicate al precedente punto 4), il trattamento dei suoi Dati avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, esattezza, pertinenza e non eccedenza, adottando misure di sicurezza organizzative, tecniche ed informatiche adeguate.

I dati raccolti saranno trattati mediante strumenti cartacei e/o con modalità automatizzate, ivi inclusi i processi decisionali automatizzati che la Società adotta a titolo esemplificativo e non esaustivo per la verifica dei requisiti assuntivi cui è subordinata l'emissione del contratto, per la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti rispetto ai bisogni dei clienti e per lo svolgimento dei controlli antifrode.

7. Trasferimento dei Dati all'estero

Ove necessario, i suoi dati potranno essere trasferiti, da parte della Società, verso Paesi Terzi fuori dallo Spazio Economico Europeo. In tali casi il trasferimento avverrà nel rispetto delle condizioni indicate dagli artt. 44 e ss. del Reg. UE, ovvero nei confronti di Paesi per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, sulla base di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea (4) oppure in applicazione di specifiche deroghe previste dal Reg. UE.

È possibile richiedere maggiori informazioni in merito ai trasferimenti di dati effettuati ed alle garanzie a tal fine adottate, inviando una e-mail al Titolare del trattamento all'indirizzo piuvera-assicurazioni@legalmail.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo DPOpiuvera-assicurazioni@legalmail.it.

8. Tempi di conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizionale previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

I dati trattati per le finalità di marketing indicate alle lettere c), d), e), del precedente paragrafo 4 saranno conservati per 36 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso.

In ogni caso resta salva la possibilità di conservare i dati sopra descritti per la necessità di tutelare i diritti del Titolare in ogni sede amministrativa, civile, penale e stragiudiziale.

9. Diritti dell'interessato

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Reg.Ue inviando apposita richiesta a mezzo e-mail al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo DPOpiuvera-assicurazioni@legalmail.it, oppure al Titolare del trattamento all'indirizzo piuvera-assicurazioni@legalmail.it.

Il Reg. UE all'art. 15 e seguenti conferisce all'interessato:

- a) il diritto di revoca del consenso prestato;
- b) il diritto di accesso, ossia la possibilità di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento e di acquisire informazioni in merito a: finalità del trattamento in corso, categorie di dati personali in questione, destinatari dei dati in particolare se Paesi terzi, il periodo di conservazione, ove possibile, e le modalità del loro trattamento;
- c) il diritto alla rettifica e all'integrazione dei dati;
- d) il diritto alla loro cancellazione, ognualvolta i dati non siano necessari rispetto alle finalità, oppure qualora decidesse di revocare il consenso, o si opponesse al trattamento, o ancora qualora i dati fossero trattati illecitamente, o cancellati per un obbligo di legge;
- e) il diritto alla limitazione del trattamento nel caso in cui contesti l'esattezza dei dati personali per il periodo necessario per effettuare le relative verifiche, oppure il trattamento sia illecito, o qualora benché il Titolare del trattamento non abbia più bisogno dei suoi dati, lei richieda la conservazione per finalità giudiziarie, o qualora si sia opposto al trattamento in attesa della verifica dell'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare;
- f) il diritto alla portabilità dei dati ad altro Titolare, qualora il trattamento avvenga con mezzi automatizzati o sia basato sul consenso o sul contratto;
- g) il diritto di opporsi al trattamento qualora il trattamento si basi sul legittimo interesse. Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i suoi dati personali a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto della Società;
- h) il diritto a proporre reclamo avanti all'Autorità (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it>).

Nei casi di esercizio dei diritti di cui alle lettere c), d), ed e), l'interessato ha diritto di richiedere i destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali e quindi le eventuali comunicazioni di rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento.

Il Titolare

- (1) Per soggetti facenti parte della "catena assicurativa" si intende ad es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.
- (2) Di cui all'art. 130, cc. 1, 2, 3, del D. Lgs. 196/2003 s.m.i, tramite attività svolte, oltre che con interviste personali, questionari, posta cartacea, telefono – anche cellulare – tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con altri strumenti automatizzati, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web.
- (3) Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (vedi nota 1), nonché società del Gruppo di appartenenza, ed altre società che svolgono, quali outsource, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi, ecc; Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, Enti previdenziali.

PiùVera Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Sede Amministrativa: Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano – Cod. Fisc. e Num. di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 01979370036, Partita I.V.A. di Gruppo 02886700349 – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento Isvap n. 2388 del 09 Novembre 2005 G.U. N. 268 del 17 Novembre 2005 – Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151. Appartenente al "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n.057. Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A. – e facente parte del "Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia".