CPI 4CP66

Contratto di Assicurazione in forma Collettiva ad Adesione Facoltativa per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia

Set informativo

Composto da:

- 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);
- il Modulo di Adesione.

Edizione aggiornata al 02/2026

PIÙVERA Assicurazioni

PIÙVERA Protezione

DISTRIBUITO DA

BANCO BPM

PIÙVERA Assicurazioni

Assicurazione Infortuni e Malattia (CPI)

Documento Informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo
Compagnia: PiùVera Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Credit Protection Piccole Medie Imprese a premio unico abbinabile a mutui ipotecari (oltre 10 anni) – Tariffa 4CP66

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 dedicata alle Imprese, che copre il rischio di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dei collaboratori, soci o dipendenti. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento all'adesione alla polizza collettiva che copre il rischio Morte prestata da PiùVera Protezione S.p.A..

Che cosa è assicurato?

✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia**
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio o Malattia, è previsto il pagamento in unica soluzione all'Impresa Aderente della somma assicurata, pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale al momento del sinistro, al netto di eventuali rate insolute.

L'indennizzo non potrà superare Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro.

Che cosa non è assicurato?

Le imprese che:

✗ Sottoscrivano un Contratto di Finanziamento di durata inferiore a 121 mesi (10 anni e 1 mese) oppure superiore a 240 mesi (20 anni, comprensivi di eventuale periodo di preammortamento che non può essere superiore a 24 mesi).

Le persone fisiche che:

✗ non siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana al momento della sottoscrizione;

✗ non abbiano un'età compresa tra 18 e i 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;

✗ alla data di scadenza del finanziamento risultino di età superiore a 75 anni;

✗ non abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione e non abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, compilato la documentazione medica necessaria (Questionario Medico/Rapporto di Visita Medica);

✗ non siano collaboratori, soci o dipendenti dell'Impresa Aderente

✗ svolgano una delle seguenti professioni: collaudatori 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 (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

MOD. CPI4CP6600A_02/2026

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".

Ci sono limiti di copertura?

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia:

- ! **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 idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- ! **dolo dell'Assicurato**
- ! **infortuni causati da alcolismo, abuso o uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato.**

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'Impresa Aderente e/o l'Assicurato hanno il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute, e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla 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 e l'Impresa Aderente sono tenuti - anche tramite Banco BPM S.p.A. - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia. Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa Aderente, quest'ultima dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia per il tramite del Banco BPM S.p.A.
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, comprensivo di imposte, deve essere corrisposto interamente in via anticipata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinate al Contratto di Finanziamento.
Il pagamento del premio alla Compagnia avviene per il tramite trattenuta sul conto corrente dell'Impresa Aderente che, a tal fine, conferisce al Banco BPM S.p.A. apposito mandato.

MOD. CPI4CP6600A_02/2026

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".

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per ciascun Assicurato, la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Impresa Aderente e dell'Assicurato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa Aderente.
La durata della copertura coincide con la durata del contratto di finanziamento nel limite minimo di 121 mesi (10 anni e 1 mese) e massimo di 240 mesi (20 anni, comprensiva di eventuale periodo di preammortamento che non potrà essere superiore ai 24 mesi).
In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, Decesso dell'Assicurato, anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Finanziamento da parte dell'Impresa Aderente (qualora l'Impresa Aderente stessa non faccia richiesta, al momento dell'anticipata estinzione totale o surroga del finanziamento di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria).

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può:
- recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, anche in caso di collocamento avvenuto interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza;
- per i contratti di durata superiore ai 5 anni, recedere a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla data di decorrenza, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine della annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

Per ulteriori dettagli si rimanda al DIP Aggiuntivo.
Per recedere l'Assicurato può recarsi presso la filiale del Banco BPM S.p.A. ove è stata accesa la copertura assicurativa oppure inviare apposita comunicazione alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

MOD. CPI4CP6600A_02/2026

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".

Assicurazione Temporanea caso morte a capitale decrescente

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

PIÙVERA Protezione

Prodotto: CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO ABBINABILE AI MUTUI IPOTECARI (OLTRE 10 ANNI) - TARIFFA 4CP66

Il presente DIP Vita è stato realizzato in data 02/2026 ed 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 Contratto di Finanziamento in forma di Mutuo. L'adesione a questa polizza vita è subordinata all'adesione congiunta alla collegata polizza collettiva danni facoltativa commercializzata da PiùVera Assicurazioni S.p.A., avente per oggetto la garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.

Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

✓ **Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato**
La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte Compagnia della prestazione assicurata al Beneficiario, fermo restando le esclusioni previste nelle Condizioni di Assicurazione.

✓ **Capitale Assicurato**
il capitale assicurato non potrà essere superiore a Euro 750.000,00; limite complessivo per Assicurato anche in caso lo stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 750.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Che cosa non è assicurato?

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

✗ La copertura assicurativa può avere una durata minima di 121 mesi (10 anni e 1 mese) e massima di 240 mesi (20 anni), comprensiva di un eventuale preammortamento, salvo il verificarsi delle cause di cessazione della assicurazione.

✗ 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.

MOD. CPI4CP6600A_02/2026

PIÙVERA PROTEZIONE 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 05913510961, 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".

Ci sono limiti di copertura?

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- ! incidente di volo, se l'assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ! incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- ! dolo dei beneficiari;
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- ! suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- ! sinistri provocati volontariamente dall'assicurato;
- ! sinistri che siano causati da abuso di alcol, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'assicurato;
- ! sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- ! 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;
- ! 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 idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- ! 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 Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'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.

Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.

Dove vale la copertura?

✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.

Che obblighi ho?

- L'Impresa Aderente e/o l'Assicurato hanno il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- L'Impresa Aderente e l'Assicurato devono sottoscrivere il Modulo di Adesione.
- L'Assicurato deve compilare il Questionario Medico e/o il Rapporto di Visita Medica come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla compagnia nei casi di:
  - trasferimento di domicilio/sede della Contraente e/o dell'Impresa Aderente 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.

MOD. CPI4CP6600A_02/2026

Quando e come devo pagare?

- Le Coperture Assicurative sono prestate dalla Compagnia dietro corresponsione da parte dell'Impresa Aderente di un premio unico anticipato.
- Tale premio viene versato dall'Impresa Aderente al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento.
- Il premio per la Copertura Morte viene determinato applicando il tasso moltiplicato per la durata del finanziamento (in numero di mesi interi) all'importo totale del finanziamento richiesto.
- Il premio unico viene pagato dall'Impresa Aderente per il tramite della Contraente mediante addebito sul proprio conto corrente, intrattenuto presso la Contraente medesima.

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.
- Per ciascun Assicurato, le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Impresa Aderente e dell'Assicurato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa Aderente. 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 produrrà effetti dalle ore 24:00 della data indicata nel Modulo di Adesione.
- La decorrenza delle Coperture Assicurative e la durata del Contratto di Finanziamento vengono comunicate alla Compagnia dalla Contraente. La durata delle Coperture Assicurative, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 121 mesi (10 anni e 1 mese) e massimo di 240 mesi (20 anni), comprensiva di un eventuale preammortamento coincide con la durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa).
- L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.
- In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.
- La copertura assicurativa cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si è verificato il primo tra i seguenti eventi:
  - in caso di decesso dell'Assicurato;
  - accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
  - alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
  - anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Impresa Aderente;
  - surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui la stessa non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
  - accollo del Contratto di Finanziamento, ai sensi dell'art. 1273 del Codice Civile.

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

L'Impresa Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso, anche in caso di collocamento avvenuto interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso.
In alternativa potrà inviare alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo: PiùVera Protezione S.p.A. Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano.

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.

MOD. CPI4CP6600A_02/2026

Assicurazione caso morte, infortuni e malattia

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

PIÙVERA Assicurazioni PIÙVERA Protezione

Prodotto: Credit protection piccole e medie imprese a premio unico abbinabile ai mutui ipotecari (oltre 10 anni) - Tariffa 4CP66

Il presente DIP Aggiuntivo Multirischi è stato realizzato in data 02/2026 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 vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e 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

Per l'Assicurazione vita: **PiùVera Protezione S.p.A.,** Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano. Sito internet: www.piuvera.it; E-mail: info@piuvera-protezione.it (per informazioni di carattere generale), liquidazioni@piuvera-protezione.it (per informazioni relative alle liquidazioni); PEC: piuvera-protezione@legalmail.it.
Per l'Assicurazione danni: **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), sinistrire@piuvera-assicurazioni.it (per informazioni relative alle liquidazioni); PEC: piuvera-assicurazioni@legalmail.it.
PiùVera Protezione S.p.A. e PiùVera Assicurazioni S.p.A. sono società per azioni appartenenti al Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia (iscritto all'Albo delle società capogruppo al n° 057), soggette a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.; PiùVera Protezione S.p.A. è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 ed è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2709 del 12 giugno 2009; PiùVera 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 di PiùVera Protezione S.p.A., l'ammontare del patrimonio netto è pari ad Euro 72.212 milioni ed il risultato economico di periodo è pari ad Euro 17.440 milioni. Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 356%, come risultante dalla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.piuvera.it.
Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato di PiùVera Assicurazioni S.p.A., 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 a 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?

Rami Danni: 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.
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	**Rami Danni e Rami Vita:** 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.

MOD. CPI4CP66OOB_02/2026

Ci sono limiti di copertura?

Rami Vita:
Esclusioni Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Franchigie e Scoperti Non è prevista l'applicazione di franchigie e/o scoperti.
Periodo di Carenza In caso di decesso dell'Assicurato entro i primi sei mesi dalla data di validità del Contratto, laddove il Contratto sia concluso senza rapporto di visita medica, purché il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia non corrisponderà il capitale assicurato, ma esclusivamente una somma pari all'ammontare dei premi versati, salvi i casi in cui il decesso sia conseguenza diretta di:

- malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del Contratto (tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica);
- shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del Contratto;
- infortunio avvenuto dopo la conclusione del Contratto.

In caso di decesso dell'Assicurato dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o di altra patologia ad essa collegata entro i primi cinque anni dalla data di validità del Contratto, laddove il Contratto sia stato concluso senza gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, il capitale assicurato non verrà pagato ed i premi rimarranno acquisiti dalla Compagnia. L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica sul modello predisposto dalla Compagnia stessa.

Rami Danni:
Esclusioni Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni, si fa presente che la garanzia non opera per eventi causati da: (i) 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; (ii) 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); (iii) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra; (iv) 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; (v) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni; (vi) infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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; (vii) malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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; (viii) contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici; (ix) 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; (x) HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate; (xi) infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata; (xii) infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; (xiii) aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi; (xiv) infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera); (xv) depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze; (xvi) applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione; (xvii) uso, anche come passeggero, di ultraleggeri,; (xviii) dalla pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali; (xix) dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; (xx) dalla pratica di pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, sci acrobatico, bob, rugby, football americano; (xxi) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.
Franchigie e Scoperti
È prevista una franchigia assoluta del 60% per la Garanzia per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia.
Periodo di Carenza
Non è prevista l'applicazione di periodi di carenza.

MOD. CPI4CP6600B_02/2026

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto è rivolto a professionisti e imprese, residenti o aventi sede nel territorio della Repubblica italiana, che abbiano sottoscritto un contratto di finanziamento (mutuo ipotecario) con Banco BPM di durata non inferiore a 121 mesi (10 anni ed 1 mese) e non superiore a 240 mesi (20 anni), comprensiva di un eventuale preammortamento, e vogliano tutelare collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per l'impresa, aventi età compresa tra i 18 anni compiuti e i 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del modulo di adesione al presente programma assicurativo e che alla data di scadenza della copertura assicurativa risultino di età inferiore o uguale a 75 anni.

Quali costi devo sostenere?

Rami Vita:
Costi gravanti sul Premio: TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Spese di Emissione	Non previste	L'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo.
Costi di acquisizione e gestione percentuale	50,00%	Il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato.

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

- **Non sono presenti Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento del finanziamento, Costi per il riscatto, Costi per l'erogazione della rendita e Costi per l'esercizio delle opzioni.**

Rami Danni:
Costi gravanti sul Premio: TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Spese di Emissione	Non previste	L'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo.
Costi di acquisizione e gestione percentuale	50,00%	Il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato al netto delle imposte del 2,50%.

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

Per tutti i rami:

• **Costi di intermediazione:** la quota parte del costo percentuale percepita in media dall'Intermediario è pari al 90,00%.

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 Protezione S.p.A. – Ufficio Reclami** - Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano - e-mail reclami@piuvera-protezione.it, pec: piuvera-protezione@legalmail.it; **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:	
Arbitro assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
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	**Rami Danni:** Le parti hanno facoltà, in alternativa al ricorso all'autorità giudiziaria, di rimettere la decisione ad un collegio di tre medici, le cui decisioni sono vincolanti per le parti. **Rami Vita e Rami Danni:** Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione delle procedure FIN-NET o della normativa applicabile.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Rami Vita:** **Imposte sui premi** I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. **Detraibilità fiscale dei premi** 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. **Tassazione delle somme assicurate** 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. 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. **Rami Danni:** **Imposte sui premi** Il premio di Assicurazione è soggetto ad un'imposta pari al 2,50% del premio imponibile. **Disciplina dei premi e delle somme assicurate** Nel caso specifico del presente Contratto, in considerazione della finalità della Convenzione da cui esso discende e della sua natura di Polizza Collettiva destinata ad Imprese che abbiano stipulato contratti di finanziamento, l'eventuale trattamento fiscale del premio e delle prestazioni dipenderà dalla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento e da una serie di elementi fra i quali la natura del rapporto fra l'Impresa Aderente e gli Assicurati.

COSA È IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?	
Diritto all'oblio oncologico	Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, nè subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di PiùVera al seguente link www.piuvera.it/oblio-oncologico.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del Contratto di Assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a PiùVera o all'Intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi al seguente indirizzo mail info@piuvera-assicurazioni.it o info@piuvera-protezione.it

MOD. CPI4CP6600B_02/2026

Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del Cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il Cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del Contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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.

CPI 4CP66

PIÙVERA Assicurazioni

PIÙVERA Protezione

Glossario

5

Condizioni di Assicurazione

Sezione 1 - Oggetto e prestazioni, requisiti di assicurabilità e limiti di indennizzo

Art. 1 Garanzie prestate 8
Art. 2 Prestazioni 8
2.1 Prestazione in caso di morte 8
2.1.1 Prestazione in caso di sopravvivenza 8
2.2 Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia 9
Art. 3 Requisiti di assicurabilità 9
Art. 4 Limiti di indennizzo 10
Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio 10

Sezione 2 - Decorrenza, durata contrattuale, diritto di recesso e beneficiari

Art. 6 Decorrenza e durata della copertura assicurativa 11
Art. 7 Diritto di recesso 12
Art. 8 Beneficiari delle prestazioni 13

Sezione 3 - Pagamento del premio, anticipata estinzione del finanziamento e denuncia del sinistro

Art. 9 Pagamento del premio 14
Art. 10 Anticipata estinzione totale/parziale, surroga, accollo del finanziamento 14
Art. 11 Denuncia del sinistro 16
Art. 12 Obblighi dell'assicurato e dell'impresa aderente in caso di sinistro 17

Sezione 4 - Fiscalità, legge applicabile e conflitto di interessi

Art. 13 Rinuncia alla rivalsa 18
Art. 14 Altre assicurazioni 18
Art. 15 Imposte ed altri oneri fiscali 18
Art. 16 Comunicazioni 18
Art. 17 Documentazione da consegnare all'assicurato e all'impresa aderente 18
Art. 18 Rinuncia al diritto di surrogazione 18
Art. 19 Legge applicabile 18
Art. 20 Foro competente 19
Art. 21 Clausola liberatoria 19
Art. 22 Cessione dei diritti 19
Art. 23 Controversie 19
Art. 24 Prescrizione 19
Art. 25 Conflitto di interessi 19
Art. 26 Sanzioni internazionali 19

Sezione 5 - Assicurazione per la garanzia morte

1. **Cosa è assicurato** 21
Art. 27 Prestazioni assicurate 21
2. **Cosa non è assicurato e limiti di copertura** 21
Art. 28 Esclusioni, limitazioni e periodo di carenza 21
3. **Cosa fare in caso di sinistro** 23
Art. 29 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi 23

Sezione 6 - Assicurazione per invalidità permanente totale da infortunio o malattia

1. **Cosa è assicurato** 26
   Art. 30 Prestazioni assicurate 26
   Art. 31 Criteri di indennizzabilità 26
2. **Cosa non è assicurato e limiti di copertura** 27
   Art. 32 Esclusioni e limitazioni 27
3. **Cosa fare in caso di sinistro** 28
   Art. 33 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi 28

Glossario

La consultazione del presente Glossario ha lo scopo di agevolare la comprensione dei termini tecnici presenti nei documenti che compongono il Set Informativo:

ASSICURATO
L'assicurato è la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

BANCA
Coincide con la Contraente.

BENEFICIARIO
Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata per la Copertura Caso Morte e per la Copertura Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia; Beneficiario è l'Impresa Aderente salvo diversa designazione.
Nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali: Beneficiario in caso di Decesso dell'Assicurato, è la persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione dallo stesso, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento Assicurato. Beneficiario per la Copertura Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia è l'Assicurato stesso.

COINTESTATARIO
Non è prevista la cointestazione del finanziamento.

COMPAGNIA
- Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia): PiùVera Assicurazioni S.p.A. - Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A., con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano
- Per la copertura morte: PiùVera Protezione S.p.A. - Società soggetta a direzione e coordinamento da parte di Crédit Agricole Assurances S.A., con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano.

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

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Esso si riferisce alle Coperture Assicurative di Decesso ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

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

CONTRATTO DI FINANZIAMENTO
Contratto di finanziamento
Il Contratto di finanziamento è il Contratto con il quale la Banca concede/ha concesso all'Impresa Aderente un finanziamento, rientrante nell'ambito **dei Mutui ipotecari** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Impresa Aderente secondo un piano di ammortamento alla francese o piano di ammortamento all'italiana ed al quale si riferiscono le Coperture Assicurative oggetto del presente Contratto di Assicurazione. Le presenti Coperture Assicurative vengono abbinate a finanziamenti nuovi di durata non inferiore a 10 anni e 1 mese e non superiore a 20 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento.L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.

COPERTURA ASSICURATIVA
Le garanzie assicurative concesse dalla Compagnia e generate dal versamento di un Premio Unico, a fronte del quale la Compagnia è obbligata al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

DATA DI DECORRENZA
È la data in cui il contratto inizia a produrre i propri effetti e coincide con la data di erogazione del Finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il Premio Unico contrattualmente previsto da parte dell'Impresa Aderente/ Compagnia.

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

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

DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE (DUR)
Documento con il quale la Compagnia fornisce alla 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 compreso tra la Data di decorrenza del Contratto di Assicurazione e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed ha validità il Contratto di Assicurazione.

FRANCHIGIA
La Franchigia per la Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.

IMPRESA ADERENTE (O ADERENTE)
La Società intestataria di un finanziamento, concesso dalla Contraente, con piano di ammortamento alla francese o piano di ammortamento all'italiana rientrante nell'ambito dei Mutui ipotecari. L'Impresa Aderente aderisce facoltativamente alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il premio. L'Impresa Aderente indica inoltre gli Assicurati. **Laddove non diversamente indicato, il termine Impresa Aderente si intende riferito (in quanto applicabile) anche alle persone fisiche iscritte ad albi professionali che abbiano aderito alle Coperture Assicurative in relazione all'attività professionale esercitata.**

INDENNIZZO
La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.

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

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

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

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

LETTERA DI BENVENUTO
Lettera inviata dalla Contraente alla Compagnia successivamente alla Decorrenza della Copertura Assicurativa.

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

MARGINE DI SOLVIBILITÀ
Rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria della Compagnia; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dalla Compagnia nei confronti degli Assicurati.

MODULO DI ADESIONE
Il documento sottoscritto dall'Impresa Aderente e da ciascuno degli Assicurato, mediante il qualeavviene l'adesione al presente Contratto di Assicurazione.

MUTUO IPOTECARIO
Il Contratto di Finanziamento, garantito da ipoteca su beni immobili, di durata non inferiore a 10 anni ed un mese e non superiore a 20 anni comprensiva di un eventuale preammortamento – fino ad un massimo di 24 mesi -, tra la Banca e l'Impresa Aderente con il quale la Banca concede in prestito all'Impresa Aderente una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Impresa Aderente alla Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato.

POLIZZE
Le Polizze collettive n. 3551 e n. 59353, stipulate dalla Contraente Banco BPM S.p.A., rispettivamente con PiùVera Assicurazioni S.p.A. e PiùVera Protezione S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Contrattuali di Assicurazione a cui abbia aderito facoltativamente l'Impresa Aderente e l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione.

PREMIO
Il premio è la somma dovuta alla Compagnia per le Coperture Assicurative prestate. Il premio per il presente Contratto di Assicurazione è unico, viene addebitato all'Impresa Aderente dalla Contraente in unica soluzione anticipata. Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto in base alla durata della Copertura Assicurativa.

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.

QUESTIONARIO MEDICO/SANITARIO
Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate e che forma parte integrante della Polizza. Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio, è fatto salvo il diritto all'Oblio Oncologico. Il questionario deve essere sottoscritto dall'Assicurato medesimo.

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

Condizioni di Assicurazione

CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO ABBINABILE AI MUTUI IPOTECARI (OLTRE 10 ANNI)

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 08:00 alle ore 18:00

Sezione 1 - Oggetto e prestazioni, requisiti di assicurabilità e limiti di indennizzo

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?
È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte e di invalidità totale permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato, per i sottoscrittori del Contratto di Finanziamento in forma di Mutuo.

Art. 1 Garanzie prestate

Il presente Contratto di Assicurazione, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra la Contraente e la Compagnia, comprende le garanzie:
- **Morte,** prestata da PiùVera Protezione S.p.A.;
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia,** prestata da PiùVera Assicurazioni S.p.A.

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dal Modulo di Adesione e dalle eventuali appendici rilasciate dalla Compagnia stessa.
Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto di Assicurazione valgono le norme di legge applicabili.
Le garanzie sono prestate dalla Compagnia in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati e dell'Impresa Aderente. Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

Art. 2 Prestazioni

Art. 2.1 Prestazione in caso di morte

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute.
In caso di liquidazione del sinistro da Invalidità Totale Permanente, nulla sarà più dovuto per la garanzia Caso Morte e il premio versato per la Copertura Morte resta acquisito dalla Compagnia.

Art. 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.

Art. 2.2 Prestazione in caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia

La prestazione assicurata, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, è pari all'importo del debito residuo alla data del sinistro, al netto di eventuali rate insolute.

Art. 3 Requisiti di assicurabilità

Il presente Contratto di Assicurazione può essere stipulato qualora l'Impresa Aderente sottoscriva un Contratto di Finanziamento di durata non inferiore a 121 mesi (10 anni ed 1 mese) e non superiore a 240 mesi (20 anni), comprensiva di un eventuale preammortamento. L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.
Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".
È assicurabile ciascuna persona fisica che sia collaboratore, socio o dipendente, indicata dall'Impresa Aderente, la quale abbia:

- **un'età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;**
- **non svolga una delle seguenti professioni: collaudatori 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 (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.**
- **sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati) e dell'età, secondo la tabella seguente:**
  1) compilato un Questionario Medico riportato nel Modulo di Adesione;
  2) compilato il "Rapporto di Visita Medica" su apposito modulo ed effettuato gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dalla Compagnia.

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

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

SOMMA ASSICURATA PER ASSICURATO (*)	ETÀ ALL'ADESIONE DA 18 ANNI COMPIUTI A 65 ANNI COMPIUTI
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico
Oltre € 300.000,00 - Fino a € 750.000,00	Questionario Medico e Rapporto Visita medica

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

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

La Compagnia:

- **relativamente al Questionario Medico, si riserva il diritto, una volta esaminato lo stesso, di richiedere la compilazione del Rapporto Visita Medica;**
- **relativamente al Rapporto di Visita Medica, si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto delle Coperture Assicurative.**

Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente ed inviati alla Compagnia.
Si precisa che, per ciascuna Impresa Aderente, possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche per ciascun Contratto:

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

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

oppure:
- **nel caso di un solo Assicurato lo stesso dovrà essere assicurato per l'importo totale del finanziamento richiesto.**

Nel caso di più Assicurati del medesimo Finanziamento, la mancata accettazione da parte della Compagnia dell'ammissione alle Coperture Assicurative anche solo nei confronti di uno dei soggetti richiedenti la copertura, rende necessario procedere ad una nuova valutazione assuntiva per i soggetti che si intende assicurare.

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.

Nel momento in cui viene concluso il contratto, la Contraente e l'Impresa Aderente devono avere residenza/domicilio o sede legale in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.

Art. 4 Limiti di indennizzo

L'indennizzo, sia in caso di Morte che di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, non potrà superare Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche in caso lo stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 750.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative.

Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

La Contraente, l'Impresa Aderente 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, fatto salvo il diritto all'Oblio Oncologico, 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, L'IMPRESA ADERENTE E/O L'ASSICURATO HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- **di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando alla Contraente, l'Impresa Aderente 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 rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;**
- **di trattenere il premio.**

B) HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE, L'IMPRESA ADERENTE E/O L'ASSICURATO NON HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- **di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi alla Contraente, all'Impresa Aderente 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.**

Qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Compagnia, per il tramite dell'Impresa Aderente, prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste. In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte della Compagnia è da ritenersi confermata purché l'erogazione del finanziamento all'Impresa Aderente avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se l'erogazione del finanziamento all'Impresa Aderente fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, la Contraente, l'Impresa Aderente e gli Assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite la Contraente - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia.

Sezione 2 - Decorrenza, durata contrattuale, diritto di recesso e beneficiari

Art. 6 Decorrenza e durata della copertura assicurativa

Il contratto fra Compagnia e Contraente è efficace 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.
Per ciascun Assicurato, le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Impresa Aderente e dell'Assicurato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa Aderente. 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 produrrà effetti dalle ore 24:00 della data indicata nel Modulo di Adesione.
Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019 e successive modifiche, la Compagnia non potrà dar corso al perfezionamento del presente contratto.
La decorrenza delle Coperture Assicurative e la durata del Contratto di Finanziamento vengono comunicate alla Compagnia dalla Contraente.
La Contraente provvede ad inviare all'Impresa Aderente, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative, una **Lettera di Benvenuto** nella quale vengono riportati:

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

La durata delle Coperture Assicurative, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 121 mesi (10 anni e 1 mese) e massimo di 240 mesi (20 anni), comprensiva di un eventuale preammortamento coincide con la durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa).
L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.
In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.
Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Impresa Aderente;
- surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui la stessa non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- accollo del Contratto di Finanziamento, ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui la stessa non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).

In caso di cessazione della Copertura Assicurativa Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia) a seguito di Decesso dell'Assicurato, il premio versato dall'Impresa Aderente a PiùVera Assicurazioni S.p.A. rimarrà acquisito da quest'ultima.
La Copertura Assicurativa Danni, prestata da PiùVera Assicurazioni S.p.A., cesserà con effetto dal giorno del decesso, dall'accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente oppure dal giorno in cui la Compagnia è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese. In quest'ultimo caso la Compagnia invierà comunicazione scritta all'Impresa Aderente/Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ne è venuta a conoscenza.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e vi sia la liquidazione dell'Indennizzo per Decesso o per Invalidità Totale e Permanente di un Assicurato, l'Impresa Aderente avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative per uno o più Assicurati fino alla scadenza originaria del Finanziamento, sempre ad esclusione delle Coperture Assicurative cessate per Invalidità Totale Permanente o per Decesso. Il premio versato relativo all'Assicurato sul quale si è verificato il sinistro di Decesso o di Invalidità Totale e Permanente resta comunque acquisto dalla Compagnia. Qualora, a seguito della liquidazione dell'indennizzo per Decesso o per Invalidità Totale e Permanente, venga effettuata l'anticipata estinzione totale del Finanziamento le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia

comunicata alla Compagnia l'anticipata estinzione totale del Finanziamento: in tal caso la Compagnia restituirà all'Impresa Aderente la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto relativa agli altri Assicurati.
Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale oppure la surroga o l'accollo dello stesso, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati: in tal caso la Compagnia restituirà all'Impresa Aderente la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto per ciascun Assicurato. In caso di anticipata estinzione totale del Finanziamento oppure di surroga l'Impresa Aderente avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative per uno o più Assicurati fino alla scadenza originaria del Finanziamento.
Nel caso in cui le Coperture Assicurative vengano mantenute in vigore, gli indennizzi relativi alle stesse saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dalla Compagnia al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.
In caso di cessazione dell'Impresa Aderente, contestuale o successiva all'estinzione totale o alla surrogazione del finanziamento (nel caso l'Impresa Aderente abbia richiesto di proseguire le Coperture Assicurative) le Coperture Assicurative verranno annullate dalla data di cessazione dell'Impresa Aderente come previsto all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" che segue.

Art. 7 Diritto di recesso

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso, anche in caso di collocamento avvenuto interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, ai seguenti indirizzi:

PiùVera Protezione S.p.A. Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano.
PiùVera Assicurazioni S.p.A. Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano.

in alternativa tramite PEC a:

piuvera-assicurazioni@legalmail.it
piuvera-protezione@legalmail.it

Nel caso di recesso esercitato **entro 30 giorni** dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente all'Impresa Aderente, senza alcun onere a carico di quest'ultimo.
Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente **ai 30 giorni ed entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto all'Impresa Aderente. **Per la sola copertura danni dal rimborso del premio saranno trattenute le imposte versate dalla Compagnia.**
Qualora il premio sia stato finanziato la Compagnia, entro 30 giorni, procederà al rimborso del premio eventualmente corrisposto all'Impresa Aderente. In alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Impresa Aderente, effettuata al momento del recesso, il premio sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata.

DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI DAL QUINTO ANNO

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Impresa Aderente può recedere dalla Copertura Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.
L'Impresa Aderente potrà esercitare tale facoltà recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso oppure inviando alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:

PiùVera Assicurazioni S.p.A. Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano.

in alternativa tramite PEC a:

piuvera-assicurazioni@legalmail.it

La Compagnia restituirà all'Impresa Aderente la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la formula seguente:

R = [PDanni * ((N-K)/ N) * Debito_Residuo/Cap_Iniziale] + [H * (N-K)/ N]
Dove:

- R = importo da rimborsare
- PDanni = Premio versato per le Coperture Danni al netto dei costi e delle imposte riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni anticipate parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni anticipate parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di
- preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data del recesso
- Cap_Iniziale= Importo assicurato iniziale riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni anticipate parziali già effettuate
- Debito_Residuo = debito residuo dell'Assicurato alla Data del recesso.

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

Art. 8 Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario per la Copertura Caso Morte è l'Impresa Aderente.
Nel corso della durata contrattuale l'Impresa Aderente – con il consenso scritto dell'Assicurato - può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione del/dei Beneficiario/i Caso Morte mediante richiesta scritta effettuata presso la Compagnia.
Beneficiario per la Copertura Invalidità Permanente da Infortunio e Malattia è:

- l'Impresa Aderente, nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da
- persone giuridiche;
- l'Assicurato stesso, nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali.

Per la Copertura Caso Morte le eventuali revoche e modifiche del beneficiario e dell'eventuale referente terzo devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia.
La designazione dei Beneficiari non può essere modificata nei seguenti casi:

- **dopo che l'Impresa Aderente 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.**

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Sezione 3 - Pagamento del premio, anticipata estinzione del finanziamento e denuncia del sinistro

Art. 9 Pagamento del premio

Le Coperture Assicurative sono prestate dalla Compagnia dietro corresponsione da parte dell'Impresa Aderente di un premio unico ed anticipato.
Tale premio viene versato dall'Impresa Aderente al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento.
L'importo totale del premio unico è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Morte e della componente del premio per la Copertura Danni. Il premio per la Copertura Morte e la Copertura Danni viene determinato applicando il tasso moltiplicato per la durata del finanziamento (in numero di mesi interi) all'importo totale del finanziamento richiesto.
Di seguito vengono riportati i tassi di premio suddivisi per garanzia:

COPERTURA MORTE	COPERTURA DANNI (INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA)
0,03410%	0,0115%

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

Art. 10 Anticipata estinzione totale/parziale, surroga, accollo del finanziamento

ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non successiva a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento, la Compagnia, entro 30 giorni, restituirà all'Impresa Aderente la parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto e le Coperture Assicurative non hanno più efficacia dalla data di anticipata estinzione/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.
In alternativa, l'Impresa Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa commisurata agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento.
In caso di accollo del Finanziamento non sarà possibile mantenere in vigore le Coperture Assicurative.
La Contraente dovrà inviare alla Compagnia comunicazione dell'anticipata estinzione totale /surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.
L'importo del rimborso si determina sommando i risultati delle seguenti formulazioni:
Rimborso del premio puro = [(PVita + PDanni) * ((N-K)/ N) * Cap_Estinto/Cap_Iniziale] Rimborso dei costi = [H * (N-K)/ N * Cap_Estinto/Debito_Residuo]
Dove:
R = importo da rimborsare
PVita = Premio versato al netto dei costi
PDanni = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte e dei costi (Invalidità Totale Permanente)
H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Anticipata Estinzione Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato
Cap_Estinto = importo versato alla banca per l'estinzione anticipata del finanziamento (in caso di estinzione totale, Cap_Estinto è pari al debito residuo del finanziamento stesso al momento dell'estinzione)
Cap_Iniziale= importo ass.to iniziale
Debito_Residuo = debito residuo dell'Assicurato al momento dell'Anticipata Estinzione

Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato
In particolare H sarà riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale come segue: H = H * (1-Cap_estinto/DR)
Nel caso in cui l'Impresa Aderente scelga di mantenere in vigore le Coperture Assicurative gli indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dalla Compagnia al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.
In caso di cessazione dell'Impresa Aderente, contestuale o successiva all'estinzione totale o alla surrogazione del finanziamento (nel caso in l'Impresa Aderente abbia richiesto di proseguire le Coperture Assicurative) le Coperture Assicurative verranno annullate dalla data di cessazione dell'Impresa Aderente. La Compagnia restituirà all'Impresa Aderente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula sopra riportata.

Per una maggiore comprensione, si riportano due esemplificazioni numeriche del meccanismo di calcolo:

ESEMPIO 1

Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro PVita Lordo = 4.910,40
PDanni Lordo= 1.656,00 Costi % = 50%
H = 3.263,00 Euro (pari a (PVita Lordo + PDanni Lordo/1,025) * Costi %) PVita = 2.455,20 Euro (pari a PVita Lordo * (1-Costi%))
PDanni = 807,80 Euro (pari a PDanni Lordo/1,025 *(1-Costi%)) Debito residuo = 44.099,70 Euro
N = 240 mesi K = 90 mesi
Rimborso del premio puro = [3.263,00 *((240-90)/240)*44.099,70/60.000,00] = 1.498,93 Euro Rimborso dei costi = [3.263,00 *((240-90)/240)* 44.099,70/44.099,70] = 2.039,37 Euro
Importo del premio da rimborsare = 1.498,93 + 2.039,37 = 3.538,30 Euro

ESEMPIO 2

Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro PVita Lordo = 4.910,40
PDanni Lordo= 1.656,00 Costi % = 50%
H = 3.263,00 Euro (pari a (PVita Lordo + PDanni Lordo/1,025) * Costi %) PVita = 2.455,20 Euro (pari a PVita Lordo * (1-Costi%))
PDanni = 807,80 Euro (pari a PDanni Lordo/1,025 *(1-Costi%)) Debito residuo = 20.982,91 Euro
N = 240 mesi K = 180 mesi
Rimborso del premio puro = [3.263,00 *((240-180)/240)* 20.982,91/60.000,00] = 285,28 Euro Rimborso dei costi = [3.263,00 *((240-180)/240)* 20.982,91/20.982,91] = 815,75 Euro
Importo del premio da rimborsare = 285,28 + 815,75 = 1.101,03 Euro

ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Compagnia, entro 30 giorni, restituirà all'Impresa Aderente le parti di Premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni corrispondenti al periodo di assicurazione non goduto commisurando le Coperture Assicurative al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Impresa Aderente.
In alternativa l'Impresa Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria.
La Contraente dovrà inviare alla Compagnia comunicazione dell'anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento.
La Compagnia restituirà all'Impresa Aderente la parte di Premio, relativa all'importo del finanziamento rimborsato ed al periodo di assicurazione non goduto, calcolata secondo la formula riportata al paragrafo precedente.

Per una maggiore comprensione, si riportano due esemplificazioni numeriche del meccanismo di calcolo:

ESEMPIO 1

Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro PVita Lordo = 4.910,40
PDanni Lordo= 1.656,00 Costi % = 50%
H = 3.263,00 Euro (pari a (PVita Lordo + PDanni Lordo/1,025) * Costi %) PVita = 2.455,20 Euro (pari a PVita Lordo * (1-Costi%))
PDanni = 807,80 Euro (pari a PDanni Lordo/1,025 *(1-Costi%)) Debito residuo = 44.099,70 Euro
N = 240 mesi K = 90 mesi
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del finanziamento = 3.000,00 Euro Rimborso del premio puro = [3.263,00 *((240-90)/240)*3.000,00/60.000,00] = 101,97 Euro Rimborso dei costi = [3.263,00 *((240-90)/240)* 3.000,00/44.099,70] = 138,73 Euro
Importo del premio da rimborsare = 101,97 + 138,73 = 204,70 Euro

ESEMPIO 2

Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro PVita Lordo = 4.910,40
PDanni Lordo= 1.656,00 Costi % = 50%
H = 3.263,00 Euro (pari a (PVita Lordo + PDanni Lordo/1,025) * Costi %) PVita = 2.455,20 Euro (pari a PVita Lordo * (1-Costi%))
PDanni = 807,80 Euro (pari a PDanni Lordo/1,025 *(1-Costi%)) Debito residuo = 20.982,91 Euro
N = 240 mesi K = 180 mesi
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del finanziamento = 1.000,00 Euro Rimborso del premio puro = [3.263,00 *((240-180)/240)* 1.000,00/60.000,00] = 13,60 Euro Rimborso dei costi = [3.263,00 *((240-180)/240)* 1.000,00/20.982,91] = 38,88 Euro
Importo del premio da rimborsare = 13,60 + 38,88 = 52,48 Euro

Art. 11 Denuncia di sinistro

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

- **per la Copertura Morte:**

PiùVera Protezione S.p.A. – Ufficio Sinistri Vita - Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano;

- **per le Coperture Danni** (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero):

Sinistri PiùVera Assicurazioni - Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano.

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

- **in caso di decesso dell'Assicurato**, per la denuncia di sinistro e per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al

Numero Verde 800 767 888, dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9:00 alle ore 17.30,
oppure dall'estero al numero +39 02 30548800,

- **o all'indirizzo e-mail**

liquidazioni@piuvera-protezione.it;

- **per la denuncia del sinistro relativo alle garanzie danni,** l'Assicurato deve rivolgersi al

Numero Verde 800 767 888
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.30

per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al

Numero Verde 800 767 888
attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 17:30,
oppure dall'estero al numero +39 02 30548800.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati negli Articoli 29 – 33 "DENUNCIA DI 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 Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di queste ultime.
La Compagnia esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 29 - 33 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

Art. 12 Obblighi dell'assicurato e dell'impresa aderente in caso di sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato, per il tramite dell'Impresa Aderente, 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 4 - Fiscalità, legge applicabile e conflitto di interessi

Art. 13 Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia a favore dell'Impresa Aderente ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da esse effettuate in forza del presente contratto.

Art. 14 Altre assicurazioni

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

Art. 15 Imposte ed altri oneri fiscali

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

Art. 16 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato, per il tramite dell'Impresa Aderente, alla Compagnia, con riferimento alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R. o inviando un'e-mail a:

info@piuvera-assicurazioni.it
info@piuvera-protezione.it.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate alla sede legale dell'Impresa indicata sul Modulo di Adesione.
Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o sede in Italia fatta dalla Contraente e Impresa Aderente al momento della sottoscrizione. La Contraente e l'Impresa Aderente si impegnano a comunicare entro 30 giorni alla Compagnia lo spostamento di residenza, di domicilio o di sede legale in un altro Stato dell'Unione Europea. In caso di inadempimento, la Contraente e l'Impresa Aderente sono responsabili per ogni eventuale danno causato alla Compagnia, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.

Art. 17 Documentazione da consegnare all'assicurato e all'impresa aderente

La Contraente provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Polizza Collettiva e a fornire ai clienti copia del Set Informativo. Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

Art. 18 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 19 Legge applicabile

La legge applicabile è quella italiana.

Art. 20 Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.
In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

Art. 21 Clausola Liberatoria

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

Art. 22 Cessione dei diritti

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

Art. 23 Controversie

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto della Copertura Danni e 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 Prescrisione

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni per le polizze vita e di due anni per le polizze danni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

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

Art. 26 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. (CA.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 CA.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 5 - Assicurazione per la garanzia morte

Capitolo 1 - Cosa è assicurato

Art. 27 Prestazioni assicurate

La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia della prestazione assicurata al beneficiario, fermo restando le esclusioni previste al successivo Art. 28 "ESCLUSIONI, LIMITAZIONI E PERIODO DI CARENZA".
La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute.
L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 750.000,00 per Assicurato come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".
In caso di modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento originario, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.
In caso di più Assicurati del medesimo Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, la prestazioneiniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Finanziamento: pertanto la Compagnia liquiderà all'Impresa Aderente, in caso di Decesso dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del decesso dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata, riferita al singolo assicurato, e l'importo totale del finanziamento alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Contratto di Assicurazione oppure in caso di Invalidità Totale e Permanente nel corso della durata contrattuale che dia luogo al pagamento del sinistro, non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.
La prestazione assicurata verrà liquidata all'Impresa Aderente dalla Compagnia come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

Capitolo 2 - Cosa non è assicurato e limiti di copertura

Art. 28 Esclusioni, limitazioni e periodo di carenza

A) ESCLUSIONI
Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 27 "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. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **dolo dei Beneficiari;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;**
- **suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;**
- **sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
- **sinistri che siano causati da abuso di alcol, abuso od uso non terapeutico di psico- farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;**
- **sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;**
- **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;**
- **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 idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **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. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'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.**

B) CONDIZIONI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA RAPPORTO DI VISITA MEDICA

L'Impresa Aderente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica predisposto dalla Compagnia stessa. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Qualora l'ingresso in copertura dell'Assicurato avvenga senza rapporto di visita medica, e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione, purché il relativo premio unico sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio unico versato.

Tuttavia, la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dall'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

a) **di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;**
b) **di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva;**
c) **di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.**

In assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato e il premio rimane acquisito dalla Compagnia.

Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

Tale esclusione può essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga al momento della sottoscrizione del presente Contratto, allo specifico test HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

Capitolo 3 – Cosa fare in caso di sinistro

Art. 29 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:
- via e-mail all'indirizzo e-mail: liquidazioni@piuvera-protezione.it;
- in carta semplice, inviandola direttamente ad PiùVera Protezione S.p.A., - Ufficio Sinistri Vita - Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano - 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:** ooccorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ:** copia di un valido documento di identità;
- **CODICE FISCALE:** copia del codice fiscale;
- **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **P.E.P.:** occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare se il Beneficiario ha legami di parentela con l'Assicurato;
- **PRIVACY:** occorre sottoscrivere di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy.

2. **CERTIFICATO DI MORTE** o, se gli aventi diritto sono gli eredi, autocertificazione della morte dell'Assicurato sottoscritta da un erede (l'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione alla Compagnia a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione).

3. **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO**
Atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (redatta in conformità all'art. 21 c. 2 del D.P.R. 445/2000, cioè con firma autenticata da un pubblico ufficiale), da cui risulti la presenza o meno di testamento e contenente:
a. In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.piuvera.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.piuvera.it):
- che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
- Occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

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

Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a. e b. precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione sostitutiva deve INOLTRE riportare:
- nominativo, data di nascita e grado di parentela;
- qualora fra gli eredi vi fossero "nipoti/pronipoti", specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.

4. **DOCUMENTAZIONE MEDICA:**
i) In caso di MORTE NATURALE:
Occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante (fac simile disponibile sul sito www.piuvera.it), attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il

luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento. Si precisa che 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:

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

ii) **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio -** oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, 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, certificato di chiusura inchiesta 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 mandata 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: 800 767 888 dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.30, oppure dall'estero al numero +39 02 30548800.

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 apertesi dopo il 3/10/2006, ai sensi della legge di conversione del D. Lgs. n. 262/2006, è necessario produrre:

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

oppure

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

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, 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 800 767 888 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.30), oppure dall'estero al numero +39 02 30548800 o all'indirizzo e-mail: liquidazioni@piuvera-protezione.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 6 - Assicurazione per invalidità permanente totale da infortunio o malattia

Capitolo 1 – Cosa è assicurato

Art. 30 Prestazioni assicurate

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comporti un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia della prestazione assicurata all'Impresa Aderente, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 32 "ESCLUSIONI".
L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa.
La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.
In caso di, modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.
In caso di più Assicurati del medesimo Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Finanziamento: pertanto la Compagnia liquiderà all'Impresa Aderente, in caso di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60% dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del sinistro dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata, riferita al singolo assicurato, e l'importo totale del finanziamento alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.
L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".
La prestazione assicurata verrà liquidata all'Impresa Aderente dalla Compagnia come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

Art. 31 Criteri di indennizzabilità

Infortunio:
Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).
Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.
L'Indennità per l'Invalidità Permanente è dovuta se l'Invalidità stessa si manifesta - 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 mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla

valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente", il grado di Invalidità Permanente è stabilito in riferimento ai valori della "Tabella" stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
Malattia:

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.
Nel corso della durata contrattuale le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.
Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.
La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di denuncia della Malattia.
In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
Diritto all'indennizzo per invalidità totale permanente in caso di morte
In caso di decesso dell'Assicurato prima che l'indennizzo da Invalidità Totale Permanente sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte, liquida all'Impresa Aderente:
- 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 "Assicurazione Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia". 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 "Assicurazione Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia", lo stesso resterà valutabile secondo le modalità ed i termini di cui alla Sezione "Assicurazione per la garanzia Morte" al Beneficiario per la Copertura Caso Morte.

Capitolo 2 - Cosa non è assicurato e limiti di copertura

Art. 32 Esclusioni e limitazioni

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia causati da:
- **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);**
- **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 idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;**

- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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 o anche come volontario, 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;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **dolo dell'Assicurato;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;**
- **HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;**
- **infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;**
- **infortuni causati da alcolismo, abuso o uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato;**
- **infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;**
- **aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);**
- **depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze;**
- **applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;**
- **inoltre, sono esclusi gli infortuni causati:**
  - **dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;**
  - **dalla pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;**
  - **dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;**
  - **dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;**
  - **dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.**
- **nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Contratto di Assicurazione, 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. 33 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

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

- **telefonando**

Numero Verde 800 767 888, oppure dall'estero al numero +39 02.30548800,
operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 17:30,

- **facendo una denuncia scritta a:**

Sinistri PiùVera Assicurazioni - Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano

- **tramite PEC:**

sinistri-piuvera-assicurazioni@legalmail.it

entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.
Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia deve essere allegata alla denuncia di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

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

PIÙVERA Assicurazioni PIÙVERA Protezione

DISTRIBUITO DA BANCO BPM

Modulo di Adesione alla convenzione assicurativa collettiva CPI pmi nuovi mutui ipotecari oltre 10 anni

DATI GENERALI

BANCA: BANCO BPM S.P.A. | ABI: 05034 | FILIALE | C.A.B.

ha stipulato, ai sensi dell'Art. 1891 c.c., per conto e nell'interesse esclusivo dei propri clienti, le convenzioni:

- Vita: CONV. VITA | **- Danni:** CONV. DANNI

ASS. VITA: PIÙVERA PROTEZIONE S.p.A. | ASS. DANNI: PIÙVERA ASSICURAZIONI S.p.A.

che hanno per oggetto:

A) Garanzia Vita: - Il pagamento di un capitale pari al debito residuo o alla quota parte dello stesso, determinato secondo le modalità definite nelle condizioni di assicurazione, in caso di: Morte

- Il pagamento di un capitale pari al debito residuo o alla quota parte dello stesso, determinato secondo le modalità definite nelle condizioni di assicurazione, in caso di: Invalidità Totale Permanente.

Le convenzioni stipulate, di seguito verranno denominate **"Convenzione Collettiva":**

N° PREVENTIVO

ADERENTE

DENOMINAZIONE SOCIALE | CODICE FISCALE | PARTITA IVA

INDIRIZZO | N° CIVICO

COMUNE | PROVINCIA. | C.A.P | CAB COMUNE | CODICE PAESE

EMAIL | NUMERO DI TELEFONO

QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE PRODOTTI COERENTI (IDD)

DATI FINANZIAMENTO

In quanto intestatario del contratto di Finanziamento n° _____ con inizio il _____

e scadenza il _____ con durata in mesi _____ Premio finanziato _____

Pre-ammortamento _____ Numero mesi Pre-ammortamento _____

FAC-SIMILE

ASSICURATO 1

NOME COGNOME | CODICE FISCALE | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA

ETA' ANAGRAFICA | STATUS OCCUPAZIONALE | INDIRIZZO | N° CIVICO

COMUNE | PROVINCIA. | C.A.P | CAB COMUNE | CODICE PAESE

PERCENTUALE QUOTA DI COPERTURA ASSICURATIVA | CAPITALE ASSICURATO

BENEFICIARI

BENEFICIARI IN CASO MORTE

L'Aderente conferma l'espressa volontà di designare i beneficiari in forma non nominativa, consapevole di quanto riportato in avvertenza.
Avvertenza: in caso di mancata compilazione delle informazioni relative alla designazione in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari.

ASSICURATO 2

NOME COGNOME | CODICE FISCALE | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA

ETA' ANAGRAFICA | STATUS OCCUPAZIONALE | INDIRIZZO | N° CIVICO

COMUNE | PROVINCIA. | C.A.P | CAB COMUNE | CODICE PAESE

PERCENTUALE QUOTA DI COPERTURA ASSICURATIVA | CAPITALE ASSICURATO

BENEFICIARI

BENEFICIARI IN CASO MORTE

L'Aderente conferma l'espressa volontà di designare i beneficiari in forma non nominativa, consapevole di quanto riportato in avvertenza.
Avvertenza: in caso di mancata compilazione delle informazioni relative alla designazione in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari.

FAC-SIMILE

ASSICURATO 3

NOME COGNOME | CODICE FISCALE | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA

ETA' ANAGRAFICA | STATUS OCCUPAZIONALE | INDIRIZZO | N° CIVICO

COMUNE | PROVINCIA. | C.A.P | CAB COMUNE | CODICE PAESE

PERCENTUALE QUOTA DI COPERTURA ASSICURATIVA | CAPITALE ASSICURATO

BENEFICIARI

BENEFICIARI IN CASO MORTE

L'Aderente conferma l'espressa volontà di designare i beneficiari in forma non nominativa, consapevole di quanto riportato in avvertenza.
Avvertenza: in caso di mancata compilazione delle informazioni relative alla designazione in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari.

GARANZIE

- La Convenzione Collettiva offre le coperture assicurative sotto indicate:

GARANZIA
Invalidità Totale Permanente
Morte

Esclusioni/Limitazioni: si rimanda agli Articoli 27 e 31 delle Condizioni di Assicurazione

FAC-SIMILE

PREMI

PREMIO UNICO ANTICIPATO

Garanzie Danni	
Premio Lordo Danni	€
Imposte	€
Premio netto Danni	€
- di cui Costi di acquisizione gestione e incasso comprensivi delle	€
- Provvigioni percepite dall'intermediario	€

Garanzie Vita	
Premio Vita	€
- di cui Costi di acquisizione gestione e incasso comprensivi delle	€
- Provvigioni percepite dall'intermediario	€

Premio Unico Lordo Totale	€
Imposte	€
Premio Unico Netto Totale	€

Il Premio Unico Lordo Totale sopra riportato, con decorrenza e scadenza , si intende anticipato ed è relativo:

- ad un Capitale Assicurato iniziale*/Debito residuo di € : Invalidità Totale Permanente, Morte * Quando la polizza è finanziata, il capitale assicurato è comprensivo del premio per la copertura assicurativa

DURATA GARANZIE

L'aderente dichiara di aver preso visione e di approvare la durata della presente copertura assicurativa derivante dall'adesione alla **Convenzione Collettiva:**

Data decorrenza: dalle 24:00 del (Sempre che sia stata pagata la quota di adesione come indicato nella Tabella sopra riportata);

Data Scadenza copertura assicurativa: con decorrenza dal e scadenza il (per la durata in mesi di).
E' previsto il pagamento di un Premio Unico Anticipato come da tabella sopra riportata nel box "PREMI" alla sezione "Premio Unico Anticipato."

Luogo e Data ,

FIRMA ADERENTE _____

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE E ASSICURATO/I

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DELL'ADERENTE E DEL/GLI ASSICURATO/I:

- Di aver ricevuto prima della sottoscrizione della polizza, il set informativo ed. 02/2026 composto da: Documento Informativo precontrattuale (DIP) Danni, Documento Informativo precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo) per i prodotti assicurativi danni e Condizioni di Assicurazione comprensivo del Glossario;
- Di riconoscere la piena veridicità e completezza di quanto contenuto nel presente Modulo di Adesione che risponde alle dichiarazioni rese in fase di sottoscrizione, pur se materialmente inserite da altri.
- Di aver risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con Firma il Questionario Medico fornito dalla Compagnia avendo verificato prima della sottoscrizione, l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione sullo stato di salute nel Questionario Medico. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893, è fatto salvo il diritto all'Oblio Oncologico.
  In particolare, la Compagnia ha diritto:
  - di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche ad una sola delle patologie indicate nel Questionario Medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
  - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.
- Di avere il proprio domicilio in Italia secondo l'art. 43 comma 1 del c.c.
- L'assicurato dichiara inoltre di prestare il consenso necessario per la validità dell'Assicurazione ai sensi dell'Art 1919 c.c
- Di **NON** svolgere una delle seguenti professioni:
  - collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.
- L'aderente dichiara che il premio dovuto (alla data di sottoscrizione della polizza e per i successivi rinnovi) corrisponde a quanto riportato nel presente modulo di adesione le cui regole di calcolo sono esposte nel Set Informativo, fatti salvi eventuali arrotondamenti applicati dal sistema informatico (con una tolleranza per eccesso o per difetto di massimo 1 euro)
- Di prendere atto che in merito alle garanzie finanziarie, ai sensi all'art. 4 comma 2 del Regolamento Isvap n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Compagnia 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; Dichiara pertanto che il finanziamento sottoscritto non è stato erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non è stato erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide;
- Di essere a conoscenza che è possibile recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di conclusione del contratto, anche per i contratti promossi e collocati interamente con tecniche di vendita a distanza.
- 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);
- L'Aderente dichiara di aver ricevuto la documentazione contrattuale e precontrattuale e di voler ricevere le successive comunicazioni previste dalla normativa vigente in modalità: e-mail;
- Di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data ,

FIRMA ADERENTE _____

FIRMA ASSICURATO _____

FIRMA ASSICURATO _____

FIRMA ASSICURATO _____

FAC-SIMILE

DICHIARO/IAMO CHE:

- Sono / siamo consapevole/i che l'adesione alla polizza è facoltativa
- Mi è stato presentato l'apposito Questionario per la valutazione della coerenza del Contratto rispetto alle mie esigenze e dei soggetti designati come Beneficiari
- L'Assicurato designa come Beneficiario della presente copertura l'Impresa Aderente (quando non Ditta Individuale) ai sensi dell'Art 1920 c.c.

Luogo e Data ,

FIRMA ADERENTE _____

FIRMA ASSICURATO _____

FIRMA ASSICURATO _____

FIRMA ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Condizioni di Assicurazione del Set Informativo:

- di liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso Decesso o Invalidità Totale Permanente.
- di avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione dell'Adesione;
- di avere un'età inferiore o uguale a 75 anni alla data di scadenza del finanziamento;

Il Sottoscritto dichiara, ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del cod. civ., di approvare specificatamente le seguenti disposizioni riportate:
Art. 28 "Denuncia di sinistro ed obblighi relativi"; Art. 32 "Denuncia di sinistro ed obblighi relativi".
Attenzione - Art. 7 - Diritto di Recesso: L'Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 gg. dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente e compilando il Modulo di recesso. Oppure potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo A/R a: PiùVera Protezione S.p.A. Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano PiùVera Assicurazioni S.p.A. Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano. Nel caso di recesso esercitato entro 30 gg. dalla data di Decorrenza, la Compagnia procederà, entro 30 gg. dal ricevimento del recesso, al rimborso del premio corrisposto relativamente all'Aderente, senza alcun onere a carico di quest'ultimo. Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ai 30 gg. ed entro 60 gg. dalla data di Decorrenza, la Compagnia procederà, entro 30 gg. dalla data di ricevimento del recesso, al rimborso del premio corrisposto all'Aderente. Per la sola copertura danni dal rimborso del premio saranno trattenute le imposte versate.

Luogo e Data ,

FIRMA ADERENTE _____

FIRMA ASSICURATO _____

FIRMA ASSICURATO _____

FIRMA ASSICURATO _____

FAC - SIMILE

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

A. **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per l'adesione possono compromettere il diritto alla prestazione, è fatto salvo il diritto all'Oblio Oncologico;**
B. **prima della sottoscrizione del Questionario Medico, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario;**
C. **l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**
D. **L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.**

Si attesta che la modalità di svolgimento della richiesta di Adesione del Cliente al rapporto assicurativo è avvenuta in presenza del Cliente e senza che vi siano stati comportamenti anomali o non usuali da parte del Cliente stesso.

Luogo e Data ,

FIRMA INTERMEDIARIO _____

FAC-SIMILE

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".

PiùVera Protezione S.p.A.
Sede Legale e Sede Amministrativa: Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano – Cod. Fisc. e Num. e di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 05913510961, Partita I.V.A. di Gruppo 02886700349 – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento Isvap n. 2709 del 12 Giugno 2009 G.U. N. 268 del 17 Novembre 2005) – Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. 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".

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

FAC-SIMILE

PIÙVERA Assicurazioni

PIÙVERA Protezione

DISTRIBUITO DA BANCO BPM

NOME | COGNOME

ENTE | FILIALE | COLLOCATORE | CODICE PRODOTTO

NUMERO DI PRATICA

AVVERTENZA

Per poter aderire all'assicurazione collettiva, all'Assicurato è richiesto di rispondere al presente Questionario Medico. Si avverte l'Assicurato che:

A. le Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c, è fatto salvo il diritto all'Oblio Oncologico;
B. prima della sottoscrizione del Questionario Medico, è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese nel Questionario Medico;
C. anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a carico dell'Assicurato stesso. L'Assicuratore si riserva il diritto di prestare o meno le coperture assicurative previo esame della documentazione sanitaria prodotta dall'Assicurato.
D. L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Sono assicurabili soltanto i soggetti che rispondono "No" a tutte le domande incluse nel Questionario Medico.
Se l'Assicurato si trova nella situazione di rispondere SI ad una delle domande sul proprio stato di salute, il rischio non potrà essere assunto senza il supporto di documentazione sanitaria integrativa. La Compagnia si riserva di valutare se assumere il rischio, dopo che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica o abbia prodotto la documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia.
In riferimento alla domanda n.3, relativa alle "neoplasie maligne", qualora il trattamento attivo della patologia si sia concluso da almeno 5 anni (o dal termine inferiore così come previsto per alcune patologie) relativamente alle patologie contemplate nel Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024 sull'oblio oncologico, tali condizioni non devono essere considerate nella risposta.

QUESTIONARIO MEDICO

A. Ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subìto interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?	**SI**	**NO**
1. Malattie cardiovascolari Ipertensione arteriosa grave (con valori pressori superiori a 140/90 nonostante l'eventuale trattamento farmacologico in corso), infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi coronarica, trombosi profonda, scompenso cardiaco, cardiomiopatie, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, vasculopatia, aritmia cardiaca grave e tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici.		X
2. Malattie del sistema nervoso centrale e periferico Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, danni cerebrali permanenti, aneurisma, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, depressione grave in trattamento farmacologico continuo e schizofrenia.		X
3. Neoplasie maligne Cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno, compresi leucemie, neoplasie atipiche incluse cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale, linfomi, mielomi.		X

FAC-SIMILE

Codice Collocatore

4. Malattie dell'apparato digerente e uro-genitale Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica, cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica, gastroduodenite, esofago di Barret, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa.		X
5. Malattie dell'apparato respiratorio Qualsiasi malattia polmonare cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma, sarcoidosi e enfisema ad esclusione di asma lieve nel caso in cui sia trattata solo con l'uso intermittente di un broncodilatatore ad azione rapida.		X
6. Malattie dismetaboliche, immunopatologiche, congenite/ereditarie, del sangue • HIV, qualsiasi altra malattia immunopatologica e patologie correlate; • Diabete, tale da richiedere trattamento farmacologico; • Malattie della tiroide con trattamento farmacologico non compensato, noduli tiroidei; • Malattie o malformazioni congenite/ereditarie tali da richiedere un trattamento continuativo e/o periodico: idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi; • Trombocitemia, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, trompocitopenida idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amoloidosi, ipersplenismo, emofilie.		X
B. In riferimento ad una delle patologie elencate al punto A è in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura)?		X
C. E' titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?		X
D. La differenza fra la Sua altezza in cm e il Suo peso in kg è minore di 80 o maggiore di 120?		X

Il Sottoscritto Assicurato dichiara per l'efficacia delle garanzie:

- **di assumersi la piena responsabilità che le risposte rese nel Questionario Medico sono corrette e rispondenti al vero, anche se scritte di pugno altrui;**
- **di assumersi la piena responsabilità per la veridicità e completezza delle informazioni riportate nella presente adesione.** L'Assicurato **proscioglie** inoltre dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che possono o potranno averlo curato o visitato o altre persone alle quali l'Assicuratore, anche dopo l'eventuale sinistro, ritenesse opportuno in ogni tempo rivolgersi per informazioni ed acconsente che tali informazioni siano dall'Assicuratore stesso o da chi per esso comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche;

- di prestare il consenso, al trattamento di particolari categorie di dati (dati relativi allo stato di salute) da parte dell'Assicuratore, per finalità relative alla preventivazione e conclusione del contratto, avendo preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali di cui al set informativo. L'informativa è inoltre reperibile all'interno della sezione "privacy" del sito web della Compagnia.

Luogo e Data ,

FIRMA ASSICURATO _____

Codice Collocatore

FAC-SIMILE

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".

PiùVera Protezione S.p.A.
Sede Legale e Sede Amministrativa: Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano – Cod. Fisc. e Num. e di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 05913510961, Partita I.V.A. di Gruppo 02886700349 – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento Isvap n. 2709 del 12 Giugno 2009 G.U. N. 268 del 17 Novembre 2005) – Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. 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".

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

FAC-SIMILE

PIÙVERA Assicurazioni PIÙVERA Protezione

DISTRIBUITO DA BANCO BPM

LEGGE 07 DICEMBRE 2023 n. 193 e s.m.i
Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

Gentile Cliente,
con l'obiettivo di eliminare ogni forma di pregiudizio o disparità di trattamento, la Legge 07 Dicembre 2023 n. 193 e s.m.i. introduce nuove disposizioni in materia di parità di trattamento, non discriminazione e garanzia del diritto all'oblio delle persone guarite da patologie oncologiche.
In particolare, la Legge e s.m.i istituisce il «diritto all'oblio oncologico», ossia il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica, di non fornire informazioni né di subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, il cui trattamento attivo, terapeutico e di controllo abbia avuto conclusione da più di 10 anni o 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età e di un anno in alcuni specifici casi previsti con Decreto del 22 Marzo 2024 (contenente patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto alla Legge n.193/2003). Inoltre, nei casi di cui sopra, non è permesso alla Compagnia richiedere l'effettuazione di visite mediche, di controllo o accertamenti sanitari nelle ipotesi di stipulazione o rinnovo di contratti relativi a servizi assicurativi.
L'elenco delle patologie oncologiche per le quali è possibile applicare i termini inferiori potrà essere rivisto entro il 31/12 di ogni anno. Le suddette informazioni non possono essere acquisite neanche da fonti diverse dal cliente e, qualora siano già in possesso della Compagnia o di Intermediari, non possono essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali. La Compagnia La informa, pertanto, che nei casi in cui per la conclusione o rinnovo di contratti di assicurazione vengano richieste dichiarazioni sullo stato di salute, l'assicurando/assicurato non è tenuto, nei termini indicati, a fornire alcun dato relativo ad eventuali patologie oncologiche dalle quali è guarito.

TIPO DI TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI ALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon-retto	**Stadio I, qualsiasi età**	**1**
Colon-retto	**Stadio II-III, > 21 anni**	**7**
Melanoma	**> 21 anni**	**6**
Mammella	**Stadio I-II, qualsiasi età**	**1**
Utero, collo	**21 anni**	**6**
Utero, corpo	**Qualsiasi età**	**5**
Testicolo	**Qualsiasi età**	**1**
Tiroide	**Donne con diagnosi < 55 anni Uomini con diagnosi < 45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi**	**1**
Linfomi di Hodgkin	**< 45 anni**	**5**
Leucemie	**Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età**	**5**

FAC-SIMILE

Edizione 02/2026

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".

PiùVera Protezione S.p.A.
Sede Legale e Sede Amministrativa: Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano – Cod. Fisc. e Num. e di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 05913510961, Partita I.V.A. di Gruppo 02886700349 – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento Isvap n. 2709 del 12 Giugno 2009 G.U. N. 268 del 17 Novembre 2005) – Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. 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".

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

FAC-SIMILE

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".

PiùVera Protezione 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 05913510961, 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".