

Per i casi di Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, Perdita d'Impiego, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Reinserimento professionale, Lieto Evento e Assistenza

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);
- Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario;
- l'Informativa in materia di protezione dei dati personali;
- il Modulo di Adesione.

Edizione aggiornata al 02/2026

Assicurazione Credit Protection Insurance (CPI)

Documento Informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Compagnia: PiùVera Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: PiùProtezione Prestiti

Credit Protection a Premio Unico abbinabile ai finanziamenti – Tariffa CPAX

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, distribuita tramite le filiali di Banco BPM S.p.A., dedicata ai lavoratori Dipendenti privati, sottoscrittori di un Finanziamento con Agos Ducato S.p.A., che assicura alcuni rischi che potrebbero impedire all'Assicurato di rimborsare il Finanziamento stesso. L'adesione a questa polizza è subordinata all'adesione alla polizza collettiva che copre il rischio Decesso, 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'Assicurato della somma assicurata, pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale al momento del sinistro, al netto di eventuali rate insolte, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie, alla data di riconoscimento dell'Invalidità.
- ✓ **Malattia Grave** Danni derivanti dal verificarsi di una delle seguenti malattie: Tumore, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, Insufficienza epatica, Innesto By Pass, Trapianto d'Organo e Malattia dei Motoneuroni (e.g. SLA)
- ✓ **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**
È prevista la liquidazione all'Assicurato, per ogni mese di durata del sinistro, di una somma pari all'ammontare della rata di rimborso mensile del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento, per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero, trascorso il periodo di franchigia.
- ✓ **Perdita d'Impiego** In caso di Perdita d'Impiego dovuta a giustificato motivo oggettivo o a messa in mobilità, è prevista la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della disoccupazione.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia** Qualora l'Assicurato si trovi nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere oppure, in caso di Assicurato non lavoratore, di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici, è prevista la liquidazione all'Assicurato, per ogni mese di durata del sinistro, di una somma pari alla rata di rimborso mensile del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.
- ✓ **Assistenza** L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
- ✓ **Reinserimento professionale** In caso di Perdita Involontaria d'Impiego liquidabile a termini di polizza, è

prevista l'attivazione facoltativa, senza oneri aggiuntivi, del servizio "Programma individuale di supporto alla ricollocazione" con lo scopo di supportare l'Assicurato nella ricerca di una nuova opportunità lavorativa.

La massima somma assicurabile è pari a:

- in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro;
- in caso di Malattia Grave: 12 rate del prestito in un'unica soluzione fino ad un massimo di Euro 12.000;
- in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 18 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto.
- in caso di Perdita d'Impiego: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 18 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: euro 2.000,00 mensili col massimo di 18 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto;
- in caso di Lieto Evento: 2 rate del prestito in un'unica soluzione fino ad un massimo di Euro 4.000.



Che cosa non è assicurato?

Le persone fisiche che:

- ✗ sottoscrivano/abbiano sottoscritto un Contratto di Finanziamento di durata inferiore a 6 mesi oppure superiore a 123 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento di massimo 3 mesi);
- ✗ non siano residenti o non abbiano domicilio abituale nel territorio della Repubblica Italiana al momento della sottoscrizione;
- ✗ abbiano un'età inferiore ai 18 o superiore ai 70 anni alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- ✗ abbiano alla data di scadenza del finanziamento un'età superiore a 75 anni;
- ✗ non necessitino della tutela del finanziamento (debito residuo o alcune rate del prestito) e non risultino esposti a rischi per eventi dannosi e gravi sulla persona (es. decesso o invalidità permanente totale) e/o eventi che causino la perdita involontaria del posto di lavoro.
- ✗ non sia titolare di conto corrente di BBPM;
- ✗ non siano Lavoratori Dipendenti Privati.



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni comuni a tutte le garanzie:

- ! dolo dell'Assicurato;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, guerra anche non dichiarata, atti di terrorismo e rivoluzioni
- ! infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare, salvo che il sinistro sia occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, o al di fuori dell'orario di servizio;
- ! 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, Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- ! pratiche di sport pericolosi quali attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche;
- ! avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- ! sinistri legati ad azioni intenzionali dell'Assicurato, ad eccezione del suicidio, quali: atti autolesivi; mutilazione volontaria;
- ! Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- ! Sinistri dovuti all'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non terapeutiche o non prescritte dal medico o a stati d'alcolismo acuto o cronico;
- ! sinistri legati a un incidente aereo, se l'Assicurato viaggiava su un aereo non autorizzato al volo o con pilota senza brevetto idoneo.

Invalità Totale Permanente da Infortunio o malattia:

- ! pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci
- ! idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- ! partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;

Garanzia Malattia Grave:

- ! malattie derivanti da interventi di carattere estetico;
- ! eventi determinati o correlati ad infermità mentale;

Garanzia Perdita d'Impiego:

- ! licenziamenti presso il medesimo datore di lavoro preceduti, nei 12 mesi prima dell'adesione, da un'intimazione di licenziamento o da una comunicazione scritta che indicava l'Assicurato per una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- ! licenziamenti per "giusta causa";
- ! licenziamenti durante il periodo di prova se previsto dal contratto;
- ! licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- ! dimissioni;
- ! licenziamenti per motivi disciplinari o professionali.

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o malattia e Ricovero Ospedaliero da infortunio o da Malattia:

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

Per la sola Garanzia Assistenza:

La Compagnia non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società; la Compagnia non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati; Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente; Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto; Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.



Dove vale la copertura?

✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

All'inizio del contratto

L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute, e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Compagnia, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

Nel corso del contratto

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, l'Assicurato è tenuto – anche tramite Banco BPM S.p.A. – a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia.

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.

In caso di sinistro di Perdita d'Impiego:

- autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione;
- dare tempestiva comunicazione scritta alla Compagnia in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.



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 alle Polizze Collettive abbinate al Contratto di Finanziamento.

Il pagamento del premio alla Compagnia avviene per il tramite di Agos Ducato S.p.A., per conto dell'Assicurato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del finanziamento (a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e sia stato corrisposto il premio) sempre che l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione.

Le garanzie prevedono alcuni periodi di inoperatività ("periodi di carenza"), per il cui dettaglio si rinvia al DIP Aggiuntivo. La durata della copertura coincide con la durata del contratto di finanziamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 123 mesi, comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento che non può essere superiore a 3 mesi.

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: decesso dell'Assicurato, accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, scadenza del contratto di Finanziamento, esercizio del diritto di recesso, anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (qualora l'Assicurato non faccia richiesta, al momento dell'anticipata estinzione totale del finanziamento ovvero al momento in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente 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, trascorso il quinquennio, recedere con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine della annualità nel corso della quale viene esercitata.

Per recedere l'Assicurato può recarsi presso la filiale di Agos Ducato S.p.A. ove è stato acceso il finanziamento, oppure inviare apposita comunicazione ad Agos Ducato S.p.A. oppure alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale decrescente

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



Prodotto: PiùProtezione Prestiti

Credit Protection Insurance (CPI) a Premio Unico abbinabile
ai Prestiti Personali – Tariffa CPAX

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, con adesione facoltativa, a capitale decrescente e a premio unico anticipato, che copre il rischio di Decesso da infortunio o malattia dell'Assicurato, per i sottoscrittori di un Contratto di Finanziamento in forma di Prestito Personale, sottoscritto con Agos Ducato S.p.A..

L'adesione a questa polizza Vita è subordinata all'adesione congiunta alla collegata polizza collettiva Danni, facoltativa, commercializzata da PiùVera Assicurazioni S.p.A..



Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

- ✓ **Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato**
in caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata della Copertura Assicurativa, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Decesso, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie. Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alla Copertura Assicurativa, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.
- ✓ **Capitale Assicurato**
il capitale assicurato non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili con la presente Polizza le Persone Fisiche che:
 - alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione abbiano età inferiore a 18 anni o superiore a 70 anni;
 - risultino di età superiore a 75 anni alla data di scadenza del Finanziamento;
 - abbiano stipulato un Finanziamento erogato dalla Contraente di durata inferiore a 6 mesi oppure superiore a 123 mesi;
 - non siano residenti, o non abbiano domicilio abituale, nel territorio della Repubblica Italiana al momento della sottoscrizione;
 - non siano titolari di conto corrente BBPM;
 - non siano Lavoratori Dipendenti Privati;
- ✗ Non sono coperti i rischi diversi dal decesso dell'Assicurato. Inoltre, il Contratto non prevede prestazioni in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del Contratto o altre coperture di tipo complementare.
- ✗ Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.



Ci sono limiti di copertura?

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 causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- ! 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;
- ! 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 idrosci, 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.viaggiareassicuri.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;
- ! svolgimento di 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.

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'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Adesione.
- L'Assicurato deve compilare il Questionario Sanitario come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.
- La Contraente – in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento – provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e a fornire ai Clienti copia del Set Informativo.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:
 - trasferimento di sede/domicilio della Contraente 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 i Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal Contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- Le Coperture Assicurative vengono prestate dalla Compagnia dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico anticipato. Il premio è finanziato dalla Contraente.
- Tale premio, viene versato alla Compagnia dalla Contraente per conto dell'Assicurato, che ha sottoscritto il Modulo di Adesione, al momento dell'erogazione del Finanziamento.
- Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto alla Compagnia.
- Il premio per la Copertura Decesso viene determinato applicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento – all'importo totale del Finanziamento richiesto.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione ed abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto dal presente Contratto di Assicurazione e che l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione. 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 durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata del Contratto di Finanziamento, più l'eventuale periodo di preammortamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 123 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.
- Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.
- Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
 - decesso dell'Assicurato;
 - accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
 - raggiungimento della data di scadenza del Contratto di Finanziamento;
 - anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire le Coperture Assicurative).



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

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso, anche in caso di collocamento avvenuto interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, recandosi presso la filiale dell'Intermediario ove è stato acceso il Finanziamento.

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.

Oppure tramite indirizzo di Posta Certificata: piuvera-protezione@legalmail.it

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SÌ ☒ NO

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

Assicurazione Credit Protection Insurance (CPI)

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



Prodotto: PiùProtezione Prestiti

Credit Protection Insurance a premio unico abbinabile ai prestiti personali – tariffa CPAX

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), sinistri@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.



Ci sono limiti di copertura?

Rami Vita:

Esclusioni Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. (ii)

Periodo di Carenza Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 30 giorni di validità del contratto, la Compagnia corrisponderà esclusivamente una somma pari al premio unico versato, purché regolarmente corrisposto. Tale condizione non trova applicazione laddove il decesso sia conseguenza diretta di: (i) una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute: 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, vaccini a generalizzata, encefalite post-vaccinica; (ii) shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto; (iii) infortunio avvenuto prima della conclusione del contratto. 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 predisposto dalla Compagnia stessa.

Rami Danni:

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

Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia: (i) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore in difetto di abilitazione; (ii) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato; (iii) aborto volontario o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi; (vi) connessione con l'uso o produzione di esplosivi; (vii) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato; (viii) malattie tropicali; (ix) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio.

Garanzia Malattie Gravi: Specificatamente per le seguenti malattie, sono esclusi: (i) Infarto miocardico: sono escluse le forme ischemiche transitorie del muscolo cardiaco in assenza di necrosi definitiva, delle modificazioni tipiche elettrocardiografiche e dei marcatori sierologici quali treponina, LDH, CPK; (ii) Ictus cerebrale: gli attacchi ischemici transitori (TIA) e i danni traumatici al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni; (iii) Insufficienza epatica cronica terminale: l'insufficienza epatica cronica terminale secondaria causata da abuso di alcolici e sostanze stupefacenti; (iv) Trapianto d'organo: sono esclusi i trapianti di qualsiasi altro organo non precedentemente indicato, parti di organo o di tessuti o cellule.

Garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio e malattia: (i) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser; (ii) da cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici.

Garanzia Perdita d'Impiego: (i) cessazioni, per scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex Formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di lavoro intermittenti; (ii) contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano; (iii) licenziamenti per il raggiungimento dell'età richiesta per il diritto alla "pensione di vecchiaia"; (iv) risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, motivate da riorganizzazioni aziendali che prevedono l'accompagnamento alla pensione; (v) messa in mobilità del lavoratore dipendente che maturi il diritto alla pensione di anzianità e/o di Vecchiaia durante il periodo di mobilità; (vi) situazioni che danno diritto all'indennità da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria; (vii) licenziamento per carcerazione del lavoratore.

Garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia: (i) conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni.

Franchigie e Scoperti È previsto un limite di 60% di Franchigia relativa per l'Invalidità Totale Permanente. Sono previsti dei periodi di franchigia assoluta di 30 giorni per la Garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia e Perdita d'Impiego, di 2 giorni per la Garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia. È inoltre previsto un periodo di riqualificazione di 30 giorni per la Garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia (180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente).

Periodo di Carenza

È previsto un periodo di carenza di 60 giorni per la Garanzia Perdita d'Impiego, 30 giorni per il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia e 300 giorni per la Garanzia Lieto Evento. Per la Garanzia Malattia Grave previsti 30 giorni di carenza senza visita medica, salvo presentazione da parte dell'Assicurato di visita medica.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto PiùProtezione Prestiti è rivolto ai soggetti che presentano le seguenti caratteristiche:

- che abbiano residenza/domicilio abituale in Italia e di età compresa tra 18 e 70 anni alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- titolare di conto corrente di BBPM e che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massimo di 123 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi;
- siano Lavoratori Dipendenti Privati;
- necessitino della tutela del finanziamento (debito residuo o alcune rate del prestito) e risultino esposti a rischi per eventi dannosi e gravi sulla persona (es. decesso o invalidità permanente totale) e/o eventi che causino la perdita involontaria del posto di lavoro.



Quali costi devo sostenere?

Rami Vita:

Costi gravanti sul Premio: TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Spese di Emissione	Non previste	Non sono previste spese di emissione.
Costi di acquisizione e gestione percentuale	50,00%	I Costi di acquisizione e gestione percentuale sono già inclusi nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato.
- I costi per gli eventuali accertamenti sanitari sono a carico dell'Assicurato cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria alla quale rivolgersi. Il presente contratto non prevede costi per riscatto, per l'erogazione della rendita e per l'esercizio di opzioni. Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento del finanziamento: non sono presenti spese amministrative per il rimborso del premio. Costi per il riscatto: non sono presenti costi per il riscatto. Costi per l'erogazione della rendita: non sono presenti costi per l'erogazione della rendita. Costi per l'esercizio delle opzioni: non sono presenti costi per l'esercizio delle opzioni. Costi di intermediazione: nella seguente tabella ti riportiamo la quota parte del costo percentuale sopra riportato percepita in media dall'Intermediario QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO 81,97%		

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% in caso di durata del finanziamento da 6 mesi a 120 mesi	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'Assicurato cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria alla quale rivolgersi. Costi di intermediazione: nella seguente tabella riportiamo la quota parte del costo percentuale sopra riportato percepita in media dall'Intermediario. QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO 81,97% per i finanziamenti con durata da 6 a 120 mesi Per tutti i rami: Costi dei PPI: non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.		

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: con riferimento alle garanzie Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale, 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: non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione 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. Tassazione delle somme assicurate Le somme corrisposte in dipendenza del contratto in caso di decesso dell'assicurato sono esenti da IRPEF. Tuttavia, nel caso in cui il contraente eserciti attività d'impresa, si fa presente che tale disciplina andrà coordinata con le altre disposizioni fiscali applicabili (deducibilità dal reddito d'impresa ecc.)

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
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.	



Glossario

6



Condizioni di Assicurazione

Sezione 1 - Norme che regolano l'Assicurazione

Art. 1	Caratteristiche dell'Assicurazione	11
Art. 2	Requisiti di assicurabilità	11
Art. 3	Come assicurarsi	12
Art. 4	Decorrenza e durata	12
4.1	Quando inizia la copertura	12
4.2	Quanto dura la copertura	12
4.3	Quando cessa la copertura	12
4.4	Estinzione anticipata totale/parziale del Contratto di Finanziamento	13
4.4.1	Cessazione della copertura a seguito di Estinzione Anticipata Totale	13
Art. 5	Diritto di recesso	16
5.1	Recesso dell'Assicurato	16
5.2	Recesso della Compagnia	17

Sezione 2 - Garanzie e limiti

Art. 6	Garanzie e Prestazioni	18
6.1	Decesso	18
6.2	Invaldità Totale Permanente da Infortunio o Malattia	18
6.3	Malattia Grave	19
6.4	Ricovero Ospedaliero	20
6.5	Perdita d'Impiego	20
6.6	Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia	21
6.6.1	Reinserimento professionale	
	(prestazione abbinata alle Garanzie Perdita d'Impiego e Inabilità Temporanea Totale)	21
6.7	Lieto Evento	20
6.8	Assistenza	22
6.8.1	Estensione Territoriale	23
6.8.2	Operatività della Polizza	23
6.8.3	Prestazioni Garantite	23
Art. 7	Esclusioni	24
Art. 8	Limiti di Copertura e Massimali	27
Art. 9	Beneficiari	28
Art. 10	Calcolo del premio	28

Sezione 3 - Denuncia e obblighi in caso di sinistro

Art. 11	Denuncia di sinistro	29
Art. 12	Pagamento della prestazione	34

Condizioni comuni a tutte le sezioni del contratto

Art. 13	Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio	35
Art. 14	Rinuncia alla rivalsa	35
Art. 15	Altre assicurazioni	35
Art. 16	Imposte ed altri oneri fiscali	35

Art. 17 Documentazione da consegnare all'Assicurato	35
Art. 18 Legge applicabile	36
Art. 19 Comunicazioni	36
Art. 20 Cessione dei diritti	36
Art. 21 Rinuncia al diritto di surrogazione	36
Art. 22 Foro competente	36
Art. 23 Clausola liberatoria	36
Art. 24 Controversie	36
Art. 25 Prescrizione	37
Art. 26 Conflitto di interessi	37
Art. 27 Sanzioni internazionali	37
Art. 28 Reclami	37

	Informativa in materia di Protezione dei dati personali – PiùVera Assicurazioni S.p.A.	39
--	---	----

	Informativa in materia di Protezione dei dati personali – PiùVera Protezione S.p.A.	42
--	--	----

La Polizza in breve

Gentile Cliente,

di seguito presentiamo la polizza PiùProtezione Prestiti, pensata per i dipendenti del settore privato per proteggere il debito residuo del Finanziamento Agos distribuito da Banco BPM, nel caso di eventi che dovessero coinvolgere l'Assicurato.



A chi è rivolto

Il prodotto **PiùProtezione Prestiti** è rivolto ai soggetti che presentano le seguenti caratteristiche:

- che abbiano residenza/domicilio abituale in Italia e di età compresa tra 18 e 70 anni alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- titolare di conto corrente di BBPM e che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massimo di 123 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi;
- siano Lavoratori Dipendenti Privati;
- necessitino della tutela del finanziamento (debito residuo o alcune rate del prestito) e risultino esposti a rischi per eventi dannosi e gravi sulla persona (es. decesso o invalidità permanente totale) e/o eventi che causino la perdita involontaria del posto di lavoro.

Garanzie Assicurative

- **Decesso**
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia**
- **Malattia Grave**
- **Perdita d'impiego**
- **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**, operante in caso di cambio status lavorativo
- **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**
- **Assistenza**

Prestazioni ulteriori:

- **Reinserimento Professionale** (operante per le Garanzie Perdita d'Impiego e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia);
- **Lieto Evento** (nascita/adozione)



Cosa offre

In caso di **Decesso e Invalidità Totale Permanente** viene liquidato un importo pari al debito residuo del Finanziamento alla data del Sinistro, mentre in caso di **Perdita d'Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero**, è riconosciuta una somma pari alle rate mensili del Finanziamento che scadono durante il periodo di disoccupazione o di inabilità, al netto dei giorni di Franchigia.

In caso di **Malattia Grave** viene pagato un Indennizzo pari a 12 rate mensili del Finanziamento. Infine, per la Garanzia **Lieto Evento** è previsto un Indennizzo pari a 2 rate mensili del Finanziamento in caso di nascita o adozione di un figlio.



Limiti e carenze

Prevede **esclusioni e limitazioni** che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Per conoscere, in dettaglio le limitazioni e le Esclusioni derivanti dalla presente Polizza si rimanda rispettivamente agli articoli presenti all'interno delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Leggi attentamente le Condizioni di Assicurazione

Le informazioni riportate in questa pagina sintetizzano le principali caratteristiche del prodotto, ma è necessario prendere visione delle Condizioni di Assicurazione (ed. 12/2025).

Per facilitare la lettura delle Condizioni di Assicurazione è stato inserito il simbolo , oltre a dei box semplificativi per la comprensione del funzionamento della copertura assicurativa.

Legenda



ATTENZIONE



ESEMPIO



NOTA BENE

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

ASSICURATO (O ADERENTE)

L'Assicurato è la persona fisica, cliente della Contraente e intestatario del finanziamento, distribuito dalle filiali della Banca del Gruppo Banco BPM, che ha aderito facoltativamente alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il premio. Il contratto di assicurazione è stipulato sulla sua vita e le prestazioni previste dal contratto stesso sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

ADOZIONE

Istituto giuridico tipico del diritto di famiglia, che fa assumere al minore adottato, lo stato di figlio nato dagli adottanti.

ASSISTENZA

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro, tramite la Centrale Operativa.

BANCA

Filiale della Banca del Gruppo Banco BPM, incaricata da Agos Ducato S.p.A., alla distribuzione della presente Polizza Collettiva, ai clienti che hanno richiesto un Contratto di Finanziamento alla Contraente.

BENEFICIARIO

Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata. Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Danni è l'Assicurato stesso. Beneficiari in caso di Decesso dell'Assicurato, è la persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione dallo stesso, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato.

CARENZA

Periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24:00 del giorno di decorrenza della Copertura Assicurativa durante il quale la garanzia non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

CENTRALE OPERATIVA

La struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 - Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di Assistenza previste in Polizza.

COMPAGNIA

- Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Perdita d'Impiego, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Lieto Evento, Reinserimento Professionale e Assistenza): PiùVera Assicurazioni S.p.A. - Impresa di Assicurazione 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.
- Per la copertura Decesso: PiùVera Protezione S.p.A. - Impresa di Assicurazione Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A., con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano.

CONTRAENTE

AGOS DUCATO S.p.A. viale Fulvio Testi, 280 - 20126 Milano, Società che stipula i contratti collettivi di assicurazione con la Compagnia, per conto degli Assicurati.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato. Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso,

Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Perdita d'Impiego, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Lieto Evento, Reinserimento Professionale e Assistenza), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Il Contratto di Finanziamento – al quale si riferisce il Contratto di Assicurazione oggetto della presente polizza – con il quale la Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Contraente secondo un piano di ammortamento alla francese prestabilito al momento di erogazione del Finanziamento e di durata compresa tra 6 e 123 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento).

L'eventuale periodo di preammortamento previsto dal Contratto di Finanziamento non può essere superiore a 3 mesi. In applicazione delle Condizioni Generali del Contratto di Finanziamento in vigore al momento dell'adesione alla Copertura Assicurativa, la durata o l'importo delle rate del Finanziamento possono essere modificate; le prestazioni e la durata della Copertura Assicurativa verranno adeguati automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

COPERTURA ASSICURATIVA

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

CONVENZIONE ASSICURATIVA

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

DECORRENZA

Il contratto fra Compagnia e Contraente è efficace dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nel Modulo di Adesione. La Copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione ed abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto.

DECESSO

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

DEBITO RESIDUO

Importo che residua in linea capitale, a favore della Contraente, relativamente al Contratto di Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento alla francese, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE (DUR)

Documento con il quale la Compagnia fornisce all'Aderente 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 DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Intervallo di tempo compreso tra la Data indicata nel Modulo di Adesione o la data di erogazione del finanziamento, tenuto conto del periodo di Carenza, e l'estinzione del finanziamento, durante il quale sono operanti le Garanzie.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE (ITT) DA INFORTUNIO O MALATTIA

Non Lavoratori: perdita totale, in via temporanea, della generica capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici a seguito di infortunio o malattia;

Per Lavoratori: perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Compagnia, in base alla Copertura Assicurativa di cui alla presente polizza, a seguito del verificarsi di un sinistro.

INFORTUNIO

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

INTERMEDIARIO

Agos Ducato S.p.A., Contraente della Convenzione; Filiale della Banca del Gruppo Banco BPM, incaricata da Agos Ducato S.p.A. alla distribuzione della presente Polizza Collettiva, ai clienti che hanno richiesto un Contratto di Finanziamento alla Contraente.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA (IPT)

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 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 relativa alla presente Copertura Assicurativa.

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

ISTITUTO DI CURA

È un istituto universitario, ospedale, casa di cura (pubblici o privati) regolarmente autorizzati a svolgere assistenza ospedaliera. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, case di cura per convalescenza, per lungodegenza e per anziani.

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.

LAVORATORE AUTONOMO

Persona fisica che esercita un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), non percepisce un reddito da lavoro dipendente (vedi definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione. Sono considerati Autonomi anche i lavoratori dipendenti che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto e di contratti di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali) sia alle dipendenze di aziende o enti di diritto privato sia alle dipendenze di una pubblica amministrazione.

LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO

La persona fisica che presti il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, a tempo indeterminato o determinato, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore.

LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO

Persona fisica che, in posizione subordinata, presta il proprio lavoro alle dipendenze di una pubblica amministrazione italiana, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria. Per pubbliche amministrazioni si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende e amministrazioni dello Stato a ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono considerati Dipendenti Pubblici anche i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato come da L. 70/1975. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che, in posizione subordinata, prestano il proprio lavoro alle dipendenze di una pubblica amministrazione in base ai seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratto di lavoro intermittente.

LETTERA DI BENVENUTO

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

LIETO EVENTO

Nascita o adozione di un figlio/a nel nucleo familiare dell'Assicurato.

MALATTIA

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

MALATTIA GRAVE

Diagnosi di almeno una delle seguenti patologie: Tumore, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Innesto by pass, Insufficienza Renale, insufficienza epatica, malattie che comportino la necessità di ricevere un Trapianto d'Organo, malattia dei motoneuroni.

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 Modulo sottoscritto dall'Assicurato, mediante la quale avviene l'adesione alla presente Copertura Assicurativa.

NON LAVORATORE

La persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono considerati i pensionati (anche se contestualmente svolgono un'attività lavorativa) e i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata con un orario settimanale inferiore a 16 ore.

NORMALE ATTIVITÀ LAVORATIVA

Attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitudine e prevalenza immediatamente prima del Sinistro.

PERDITA D'IMPIEGO

È lo stato di disoccupazione a seguito di: giustificato motivo oggettivo; messa in mobilità.

PERIODO DI FRANCHIGIA ASSOLUTA

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego oppure per Ricovero Ospedaliero, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dell'Inabilità Temporanea Totale, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o recuperare la generica capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici (per i Non Lavoratori) prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.

POLIZZE

Le Polizze Collettive n. 3518 e n. 59375, stipulate da AGOS DUCATO S.p.A., rispettivamente con PiùVera Assicurazioni S.p.A. e PiùVera Protezione S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Generali, cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

PREMIO

Le somme dovute alla Compagnia, a fronte della Copertura Assicurativa prestata. Il premio è unico, viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione e viene calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto in base alla durata del finanziamento.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

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'Oblivio Oncologico. Il questionario deve essere sottoscritto dall'Assicurato medesimo.

RATA MENSILE

È la Rata Mensile del Contratto di Finanziamento come calcolata dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento alla francese rilasciato all'Assicurato. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego, Ricovero Ospedaliero saranno determinati in ogni caso su base mensile.

RICOVERO OSPEDALIERO

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

SET INFORMATIVO

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

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

SINISTRO

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

VARIAZIONE DEL PIANO DI AMMORTAMENTO DEL FINANZIAMENTO

Qualora previsto dalle Condizioni del Contratto di Finanziamento in vigore al momento dell'adesione alle Copertura Assicurativa, l'Assicurato che ha pagato almeno 3 rate può esercitare le seguenti opzioni di modifica del piano di ammortamento del finanziamento, a decorrere dalla settima rata per un massimo di 3 volte in caso di Posticipo del rimborso della rata ovvero 6 volte in caso di Modifica dell'importo della rata. Devono intercorrere almeno 6 mesi tra una variazione e la successiva.

- Posticipo del rimborso della rata: Detta facoltà può essere esercitata una volta per ogni anno di vigenza del Contratto di Finanziamento, per un massimo di 3 volte nel corso di tutta la durata del Finanziamento, con ridefinizione del piano di ammortamento;
- Modifica dell'importo della rata: Detta facoltà può essere esercitata una volta per ogni anno di vigenza del Contratto di Finanziamento per un massimo di 6 volte nel corso di tutta la durata del Finanziamento, con ridefinizione del piano di ammortamento.

Condizioni di Assicurazione

PIÙPROTEZIONE PRESTITI – CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI AGOS DUCATO S.p.A.

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 – Norme che regolano l'assicurazione

Art. 1 Caratteristiche dell'Assicurazione

È una polizza collettiva, ad adesione facoltativa che copre i rischi che potrebbero impedire all'Assicurato di rimborsare il finanziamento, come:

- il Decesso;
- l'Invalidità Totale permanente da Infortunio o Malattia;
- la Malattia Grave;
- il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia;
- la Perdita d'Impiego;
- l'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia;
- Assistenza.

In aggiunta sono presenti le prestazioni:

- Lieto Evento;
- Reinserimento professionale.

Art. 2 Requisiti di assicurabilità

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- che abbiano residenza/domicilio abituale in Italia e di età compresa tra 18 e 70 anni alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- titolare di conto corrente di BBPM e che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massimo di 123 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi;
- siano Lavoratori Dipendenti Privati;
- necessitino della tutela del finanziamento (debito residuo o alcune rate del prestito) e risultino esposti a rischi per eventi dannosi e gravi sulla persona (es. decesso o invalidità permanente totale) e/o eventi che causino la perdita involontaria del posto di lavoro.



ATTENZIONE

Per domicilio abituale si intende il luogo in cui la persona abbia stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

Art. 3 Come assicurarsi

In funzione della somma assicurata, secondo la tabella seguente, l'Assicurato deve completare e firmare un Questionario Medico predisposto dalle Compagnie prima dell'adesione alla Polizza in relazione alla Somma assicurata.

SOMMA ASSICURATA PER ASSICURATO (*)	ETÀ ALL'ADESIONE DA 18 ANNI A 70 ANNI
Fino a € 20.000,00	No Questionario Sanitario
Da € 20.000,01 Fino a € 80.000,00	Sì Questionario Sanitario

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata l'importo è da intendersi comprensivo anche del premio dovuto per la presente Copertura Assicurativa

Anche se non espressamente prevista dalle formalità di ammissione al Contratto di Assicurazione, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

L'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica, con costi a proprio carico, presso una struttura a propria scelta per certificare l'effettivo stato di salute.

In caso di esito favorevole dell'esame del rapporto di visita medica non viene applicato il periodo di Carenza (ad esclusione della garanzia Perdita di impiego).

In caso di esito non favorevole dell'esame del Rapporto di visita medica l'Assicurato non può essere preso in copertura.

Art. 4 Decorrenza e durata

Art. 4.1 Quando inizia la copertura

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che l'Assicurato:

- abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto dal presente Contratto di Assicurazione.

Qualora il premio unico non venga versato, l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Se nel Modulo di Adesione è prevista una data di decorrenza successiva all'erogazione, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 della data indicata nel Modulo di Adesione.

L'Assicurato è tenuto a fornire, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi di adeguata verifica. 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 dovrà attuare l'obbligo di astensione come disciplinato dalla normativa tempo per tempo vigente.

Art. 4.2 Quanto dura la copertura

La durata delle Copertura Assicurativa è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata del Contratto di Finanziamento nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 123 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.

Art. 4.3 Quando cessa la copertura

La Copertura Assicurativa cessa alla naturale scadenza del Contratto di Assicurazione, cioè alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento. In ogni caso la Copertura Assicurativa non può superare la durata di 123 mesi a partire dalla data di erogazione.

La copertura termina prima della scadenza dell'Assicurazione al verificarsi dei seguenti eventi:

- In caso di Decesso, dalla data dell'evento;
- alla liquidazione dell'Indennizzo di Invalidità Totale Permanente;

- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- in caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento con effetto dalla data indicata (solo nel caso in cui non venga richiesto il mantenimento in copertura fino alla scadenza originaria del contratto).

Inoltre, la Compagnia non è tenuta a fornire la copertura assicurativa o effettuare pagamenti in esecuzione del presente contratto nei casi descritti dall'articolo 27 "Sanzioni Internazionali".

MODIFICA DELLE PRESTAZIONI O DELLA DURATA DELLE COPERTURA ASSICURATIVA IN BASE AL NUOVO PIANO DI AMMORTAMENTO DEL FINANZIAMENTO

Nel caso di Finanziamento Flessibile che preveda la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) e l'Aderente usufruisca di questa possibilità, le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

In ogni caso, l'adeguamento del piano di ammortamento non potrà comportare il superamento dei requisiti di assicurabilità, riportati all'Art. 2 del presente Contratto.

Art. 4.4 Estinzione anticipata totale/parziale del Contratto di Finanziamento

ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata totale del Contratto di Finanziamento, la Compagnia, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato e la Copertura Assicurativa viene estinta dalla data di richiesta dell'estinzione anticipata del Contratto di Finanziamento.

In alternativa l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa commisurata agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento.

Art. 4.4.1. Cessazione della copertura a seguito di Estinzione Anticipata Totale

Se la Copertura cessa, la Compagnia rimborsa un importo determinato dalla somma dei risultati delle seguenti formulazioni:

$$\text{Rimborso Premio Puro} = (PV_{\text{Vita}} + PD_{\text{Danni}}) * \frac{(N-K)}{N} * \frac{(Cap_{\text{Estinto}})}{(Cap_{\text{Iniziale}})}$$

$$\text{Rimborso Costi} = H * \frac{(N-K)}{N} * \frac{(Cap_{\text{Estinto}})}{(Debito_{\text{Residuo}})}$$

Dove:

R = importo da rimborsare

PV_{Vita} = Premio versato al netto dei costi

PD_{Danni} = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte e dei costi (Invalidità Totale Permanente – Malattia Grave – Perdita d'Impiego – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero – Assistenza)

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 richiesta di Estinzione Anticipata 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 assicurato iniziale

Debito_{Residuo} = debito residuo dell'Assicurato al momento della richiesta dell'Estinzione Anticipata 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:

$$H = H * (1 - Cap_{\text{estinto}}/DR)$$

$$\text{Rimborso Costi} = H * \frac{(N-K)}{N} * \frac{(Cap_{\text{Estinto}})}{(Debito_{\text{Residuo}})}$$

Nei casi di allungamento della durata della Copertura Assicurativa disciplinati all'Art. 5 "Decorrenza e durata" che precede, la Compagnia non provvederà ad alcun rimborso di premio qualora l'estinzione anticipata totale del Contratto di Finanziamento ovvero il venir meno del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed la Contraente si verifichino successivamente alla Data di scadenza originaria del Finanziamento.

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

Rimborso rateo per Copertura Vita



ESEMPIO 1

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
 PVita Lordo = 700,00 Costi % = 61,00%
 $H = 427,00$ Euro (pari a $(PVita\ Lordo * Costi\ \%)$)
 $PVita = 273,00$ Euro (pari a $PVita\ Lordo * (1 - Costi\ \%)$)
 Debito residuo = 13.879,43 Euro N = 60 mesi K = 20 mesi
 Importo del premio da rimborsare = $[273,00 * ((60 - 20) / 60) * 13.879,43 / 20.000,00]$
 $+ [427,00 * ((60 - 20) / 60) * 13.879,43 / 13.879,43] = 410,97$ Euro



ESEMPIO 2

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
 PVita Lordo = 700,00 Costi % = 61,00%
 $H = 427,00$ Euro (pari a $(PVita\ Lordo * Costi\ \%)$)
 $PVita = 273,00$ Euro (pari a $PVita\ Lordo * (1 - Costi\ \%)$) Debito residuo = 7.228,10 Euro N = 60 mesi K = 40 mesi
 Rimborso del premio puro = $[273,00 * ((60 - 40) / 60) * 7.228,10 / 20.000,00]$
 $+ [427,00 * ((60 - 40) / 60) * 7.228,10 / 7.228,10] = 175,22$ Euro

Rimborso rateo per le Coperture Danni



ESEMPIO 1

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
 PDanni Lordo = 1.109,96 Euro
 PDanni Imponibile = 1.075,88 Euro
 Costi % = 61,00%
 $H = 656,29$ Euro (pari a $PDanni\ Imponibile * Costi\ \%$)
 $PDanni = 419,59$ Euro (pari a $PDanni\ Imponibile * (1 - Costi\ \%)$)
 Debito residuo = 13.879,43 Euro N = 60 mesi K = 20 mesi
 Importo del premio da rimborsare = $[419,59 * ((60 - 20) / 60) * 13.879,43 / 20.000,00]$
 $+ [656,29 * ((60 - 20) / 60) * 13.879,43 / 13.879,43] = 631,65$ Euro



ESEMPIO 2

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
 PDanni Lordo = 1.109,96 Euro
 PDanni Imponibile = 1.075,88 Euro
 Costi % = 61,00%
 $H = 656,29$ Euro (pari a $PDanni\ Imponibile * Costi\ \%$)
 $PDanni = 419,59$ Euro (pari a $PDanni\ Imponibile * (1 - Costi\ \%)$)
 Debito residuo = 7.228,10 Euro N = 60 mesi K = 40 mesi
 Importo del premio da rimborsare = $[419,59 * ((60 - 40) / 60) * 7.228,10 / 20.000,00]$
 $+ [656,29 * ((60 - 40) / 60) * 7.228,10 / 7.228,10] = 269,31$ Euro

ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Compagnia, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato commisurando le Coperture Assicurative al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'estinzione anticipata parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato.

In alternativa l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento al netto di eventuali estinzioni anticipate parziali avvenute.

Nei casi di allungamento della durata delle Copertura Assicurativa disciplinati all'Art. 5 "Decorrenza e durata" che precede, la Compagnia non provvederà ad alcun rimborso di premio qualora l'estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento si verifichi successivamente alla Data di scadenza originaria del Finanziamento.

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

Rimborso rateo per la Copertura Vita



ESEMPIO 1

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro PVita Lordo = 700,00 Costi % = 61,00%
 $H = 427,00$ Euro (pari a $(PVita\ Lordo * Costi\ \%)$)
 $PVita = 273,00$ Euro (pari a $PVita\ Lordo * (1 - Costi\ \%)$) Debito residuo = 13.879,43 Euro
 Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di finanziamento = 5.000,00 Euro $N = 60$ mesi
 $K = 20$ mesi
 Importo del premio da rimborsare = $[273,00 * ((60 - 20) / 60) * 5.000,00 / 20.000,00]$
 $+ [427,00 * ((60 - 20) / 60) * 5.000,00 / 13.879,43] = 148,05$ Euro



ESEMPIO 2

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro PVita Lordo = 700,00 Costi % = 61,00%
 $H = 427,00$ Euro (pari a $(PVita\ Lordo * Costi\ \%)$)
 $PVita = 273,00$ Euro (pari a $PVita\ Lordo * (1 - Costi\ \%)$) Debito residuo = 13.879,43 Euro
 Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di finanziamento = 5.000,00 Euro $N = 60$ mesi
 $K = 20$ mesi
 Importo del premio da rimborsare = $[273,00 * ((60 - 20) / 60) * 5.000,00 / 20.000,00]$
 $+ [427,00 * ((60 - 20) / 60) * 5.000,00 / 13.879,43] = 148,05$ Euro

Rimborso rateo per le Coperture Danni



ESEMPIO 1

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
 $PDanni\ Lordo = 1.109,96$ Euro
 $PDanni\ Imponibile = 1.075,88$ Euro
 $Costi\ \% = 61,00\%$
 $H = 656,29$ Euro (pari a $(PDanni\ Imponibile * Costi\ \%)$)
 $PDanni = 419,59$ Euro (pari a $PDanni\ Imponibile * (1 - Costi\ \%)$)
 Debito residuo = 13.879,43 Euro
 Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento = 5.000,00 Euro $N = 60$ mesi
 $K = 20$ mesi
 Importo del premio da rimborsare = $[419,59 * ((60 - 20) / 60) * 5.000,00 / 20.000,00] + [656,29 * ((60 - 20) / 60) * 5.000,00 / 13.879,43] = 227,55$ euro



ESEMPIO 2

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
 $PDanni\ Lordo = 1.109,96$ Euro
 $PDanni\ Imponibile = 1.075,88$ Euro
 $Costi\ \% = 61,00\%$
 $H = 656,29$ Euro (pari a $(PDanni\ Imponibile * Costi\ \%)$)
 $PDanni = 419,59$ Euro (pari a $PDanni\ Imponibile * (1 - Costi\ \%)$)
 Debito residuo = 7.228,10 Euro
 Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento = 2.000,00 Euro
 $N = 60$ mesi $K = 40$ mesi
 Importo del premio da rimborsare = $[419,59 * ((60 - 40) / 60) * 2.000,00 / 20.000,00] + [656,29 * ((60 - 40) / 60) * 2.000,00 / 7.228,10] = 74,52$ Euro

Art. 5 Diritto di recesso

Art. 5.1 Recesso dell'Assicurato

L'Assicurato 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 dell'Intermediario ove è stato acceso il Finanziamento. 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

Oppure tramite indirizzo di Posta Certificata:

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

Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza, la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, a ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalla Contraente. Non sono previste spese amministrative a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ai 30 giorni ed entro 60 giorni dalla data di Decorrenza, la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, a ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalla Contraente. Per la sola copertura Danni dal rimborso del premio saranno trattenute le imposte versate dalla Compagnia.

A partire dal quinto anno successivo all'adesione, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà recandosi presso la filiale dell'Intermediario ove è stato acceso il Finanziamento 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.

Oppure tramite indirizzo di Posta Certificata:

piuvera-assicurazioni@legalmail.it

La Compagnia, per il tramite della Contraente restituirà all'Assicurato la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

$$R = (PDanni * ((N-K) * (N-K+1)) / (N * (N+1))) + H * (N-K) / N$$

Dove:

R = importo da rimborsare

PDanni = Premio versato per le Coperture Danni al netto dei costi e tasse (riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate)

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 Recesso. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di recesso non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene il recesso.

In particolare PDanni e H dovranno essere riproporzionati a seguito di ciascuna anticipata estinzione parziale come segue:

$$\begin{aligned} \text{PDanni} &= \text{PDanni} * (1 - \text{Cap_estinto} / \text{DR}) \\ \text{H} &= \text{H} * (1 - \text{Cap_estinto} / \text{DR}) \end{aligned}$$

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

Art. 5.2 Recesso della Compagnia

La Compagnia può recedere dal contratto di assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di adesione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti secondo quanto definito all'Art. 13 "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio".

Inoltre, la Compagnia può recedere dal contratto di assicurazione se l'Aderente o l'Assicurato rientrano in uno o più casi descritti all'interno dell'art. 27 "Sanzioni Internazionali". Pertanto, la copertura assicurativa cessa a partire dalle ore 24 del giorno in cui la Compagnia ha esercitato il diritto di recesso.

Sezione 2 – Garanzie e limiti

Art. 6. Garanzie e Prestazioni

Art. 6.1 Decesso

La presente garanzia assicurativa prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della copertura assicurativa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia della prestazione assicurata ai Beneficiari, fermo restando le limitazioni previste al successivo Art. 7 "Esclusioni".

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.

TIPOLOGIA DI RISCHIO	INDENNIZZO
Decesso, per qualsiasi causa, in ogni caso nei limiti di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni	Indennizzo pari al debito residuo in linea capitale risultante alla data del Decesso, al netto di importi di rate scadute e non pagate. Per i Limiti e Massimali vedasi Art. 8

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 30 giorni di validità del Contratto (periodo di Carenza), la Compagnia corrisponderà esclusivamente una somma pari al Premio Unico versato, purché regolarmente corrisposto.

Tuttavia, la Compagnia non applicherà tale limitazione, e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari al capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- 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;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva;
- 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.

Art. 6.2 Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

In caso di infortunio o malattia che provochi all'Assicurato un'Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%, la Compagnia liquida il debito residuo del Finanziamento.

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).

Nel caso di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60% della totale, per momento del Sinistro si intende:

- in caso di Infortunio dalla data di accadimento;
- in caso di Malattia dalla data di richiesta di certificazione dell'Invalidità agli enti preposti.

TIPOLOGIA DI RISCHIO	INDENNIZZO
Invalità Permanente pari o superiore al 60% dovuta a Infortunio o Malattia, verificatisi dopo la Data di Decorrenza, in ogni caso nei limiti di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni La valutazione dell'invalità non tiene conto di eventuali stati di invalidità già presenti al momento dell'adesione.	Indennizzo pari al debito residuo in linea capitale risultante alla data del Sinistro. L'Indennizzo è al netto di eventuali altri indennizzi già pagati per lo stesso evento dalle garanzie Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale e di eventuali importi di rate scadute e non pagate. Per i Limiti e Massimali vedasi Art. 8

Art. 6.3 Malattia Grave

La Garanzia opera se all'Assicurato viene diagnosticata da un medico una Malattia Grave tra quelle di seguito riportate:

INFARTO MIOCARDICO

Processo ischemico necrotico acuto a carico del miocardio, conseguente alla necrosi irreversibile di una parte del muscolo cardiaco a seguito di una interruzione di un adeguato apporto di sangue caratterizzato da: sintomatologia tipica (dolore toracico e dispnea), modificazioni e alterazioni patognomoniche (cioè tipiche) dell'elettrocardiogramma, marcatori sierologici (enzimi cardiaci quali treponina -I >1.0 ng/ml, CPK, LDH

TUMORE

Ogni diagnosi di neoplasia maligna caratterizzata dalla proliferazione incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne che invadono o sostituiscono il tessuto sano. La diagnosi di cancro deve essere accompagnata da prova istologica accertata da una struttura ospedaliera. Nel termine "neoplasia maligna" sono compresi le patologie: leucemia, linfoma, sarcoma.

INSUFFICIENZA RENALE

L'incapacità totale di entrambi i reni di svolgere le proprie funzioni a conseguenza della quale si rende necessario intraprendere definitivamente un trattamento dialitico.

ICTUS CEREBRALE

Evento a insorgenza improvvisa che causa morte del tessuto cerebrale determinato da una inadeguata irrorazione di sangue a causa di una emorragia intracranica o da una trombosi o embolia che provoca un danno neurologico permanente con sintomi permanenti che determinino una invalidità permanente superiore al 60%

INSUFFICIENZA EPATICA CRONICA TERMINALE

Malattia permanente e irreversibile provocata da necrosi massiva delle cellule epatiche caratterizzata da ittero permanente, presenza di varici esofagee, ascite ed encefalopatia epatica presenti continuativamente e contemporaneamente e che determini una invalidità superiore al 60%.

La diagnosi deve essere posta e confermata da uno specialista di medicina interna o da un gastroenterologo o da un epatologo.

TRAPIANTO D'ORGANO

Intervento chirurgico cui l'Assicurato si sottopone come ricevente al trapianto completo di uno degli organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone.

BY PASS

Tecnica chirurgica consistente nel far passare il sangue o un altro fluido attraverso un condotto autologo o protesico finalizzata a ripristinare il flusso sanguigno a seguito di stenosi di un vaso che impedisce al sangue di raggiungere un organo.

MALATTIE DEL MOTONEURONE

Patologie degenerative che colpiscono i neuroni deputati al controllo dei muscoli volontari causando in particolare problemi di deglutizione, nel linguaggio e nei movimenti del corpo sino alla perdita della capacità del cervello di dare avvio e controllare i movimenti volontari.

La diagnosi deve essere certificata da uno specialista neurologo come patologia progressiva che determini un deficit neurologico permanente accompagnata dai referti degli esami elettrodiagnostici.

TIPOLOGIA DI RISCHIO	INDENNIZZO
Malattia Grave, nei limiti di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni	Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una tra le patologie sopra descritte riceve un Indennizzo pari a 12 rate del Finanziamento in un'unica soluzione. La garanzia opera esclusivamente per una sola delle malattie gravi sopra indicate. Per i Limiti e Massimali vedasi Art. 8

Art. 6.4 Ricovero Ospedaliero

La Compagnia interviene nei casi in cui l'Assicurato sia ricoverato in Istituto di cura o ospedale a seguito di Infortunio o Malattia.

TIPOLOGIA DI RISCHIO	INDENNIZZO
Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, nei limiti di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni	La Compagnia liquida il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, trascorso il Periodo di Franchigia. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Per i Limiti e Massimali vedasi Art. 8

Art. 6.5 Perdita d'Impiego

In caso di Perdita d'Impiego la Compagnia liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle Rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della disoccupazione.

TIPOLOGIA DI RISCHIO	INDENNIZZO
Perdita d'impiego a seguito di Licenziamento per Motivo Oggettivo o messa in mobilità, nei limiti di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni	Se l'Assicurato risulterà essere ancora disoccupato dopo che è trascorso il Periodo di Franchigia, la Compagnia liquida un Indennizzo pari alle rate mensili del Finanziamento che scadono durante il restante periodo di disoccupazione, secondo il piano di ammortamento risultante alla data del Sinistro. In caso di contratto a tempo determinato, la Compagnia liquida un Indennizzo pari alle rate che scadono entro la durata prevista del contratto di lavoro. In caso di ripresa dell'attività lavorativa, dopo il licenziamento, l'Assicurato perde il diritto all'Indennizzo. In caso di nuovo licenziamento, la Compagnia provvede a riattivare la copertura. La ripresa dell'attività lavorativa va sempre comunicata immediatamente alla Compagnia. Per i Limiti e Massimali vedasi Art. 8

Art. 6.6 Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

Questa garanzia si attiva, in luogo della garanzia Perdita d'Impiego, in caso di variazione dello status di Lavoratore Dipendente Privato.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale" se, a causa di un infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere oppure, in caso di Assicurato non lavoratore, di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari famigliari, personali o domestici.

TIPOLOGIA DI RISCHIO	INDENNIZZO
Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia, in ogni caso nei limiti di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni	Se dopo il Periodo di Franchigia, l'Assicurato è ancora inabile riceve un Indennizzo pari alle rate mensili del finanziamento che scadono durante il restante periodo di inabilità, secondo il piano di ammortamento risultante alla data del Sinistro. Se l'Assicurato riprende l'attività lavorativa o riacquista la capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ed entro 30 giorni deve di nuovo interrompere il lavoro per la stessa Malattia o Infortunio, la copertura viene ripristinata senza alcun Periodo di Franchigia. Se invece la causa è diversa rispetto all'interruzione precedente, viene preso in considerazione un nuovo Periodo di Franchigia. Per i Limiti e Massimali vedasi Art. 8

Art. 6.6.1 Reinserimento professionale (prestazione abbinata alle Garanzie Perdita d'Impiego e Inabilità Temporanea Totale)

La Compagnia mette a disposizione un "Programma individuale di supporto alla ricollocazione", con l'obiettivo di supportare l'Assicurato nella ricerca di una nuova opportunità lavorativa, qualora si verifichi un sinistro per Perdita d'Impiego o Inabilità Temporanea Totale.

L'Assicurato potrà usufruire del servizio accessorio "Programma individuale di supporto alla ricollocazione", fornito da INTOO, società specializzata nei servizi di outplacement senza costi ed oneri aggiuntivi.

My Evolution Map è il modello originale sviluppato da INTOO per supportare la persona nella gestione della transizione di carriera grazie a una metodologia innovativa che consente di valorizzare i propri punti di forza nel Mercato del Lavoro.

Verificatosi il caso di Perdita di Impiego o l'Inabilità Temporanea Totale, ed a seguito della Denuncia di Sinistro, l'Assicurato verrà contattato da INTOO per decidere se attivare il servizio di ricollocamento al lavoro senza costi e oneri aggiuntivi. Durante la chiamata, INTOO fornirà all'Assicurato qualunque informazione aggiuntiva relativa al servizio. Anche dopo essersi espresso sulla volontà di adesione o non adesione durante il primo contatto, l'Assicurato può in ogni caso modificare la propria volontà entro 6 mesi contattando direttamente INTOO.

DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA E DELLE SUE SESSIONI

Il percorso si compone di nr. 10 sessioni individuali con un consulente specializzato, che vengono personalizzate a seconda dell'esigenza dell'Assicurato.

In particolare, di seguito viene descritta la struttura delle sessioni:

- 2 sessioni di orientamento finalizzate al bilancio delle competenze e all'analisi del progetto professionale;
- 2 sessioni per definire gli strumenti di comunicazione (cv, lettera di presentazione, profilo LinkedIn);
- 2 sessioni di identificazione del mercato target;
- 1 sessione simulazione di colloquio con consulente specializzato;
- 3 sessioni di job scouting.

Per coloro che scelgono il lavoro dipendente:

- Analisi delle competenze pregresse;
- Analisi del progetto professionale e della sua realizzabilità;
- Strumenti di comunicazione (cv, lettera di presentazione, profilo LinkedIn);
- Identificazione del mercato target;
- Simulazione di colloquio in italiano o in inglese;
- Job Scouting.

Per coloro che scelgono l'attività autonoma:

- Supporto all'individuazione e verifica dell'idea di business;
- Analisi della fattibilità del progetto (business plan, aspetti societari, mercato potenziale);
- Accompagnamento durante le fasi di sviluppo del progetto;
- Monitoraggio dell'avvio dell'attività.

TOOLS

L'Assicurato avrà accesso illimitato al portale "INTOO4You", che offre numerosi vantaggi:

- semplicità di utilizzo: la piattaforma è intuitiva e ben organizzata;
- possiede un'assistente virtuale "Ayla" che simula colloqui di lavoro e crea lettere di marketing per promuovere le competenze e la professionalità;
- contiene una serie di strumenti avanzati di assessment per identificare i valori, la personalità e i talenti posseduti;
- possiede un database ricco di posizioni raccolte tramite la nostra attività di scouting e dal web;
- è dotata di un elenco di corsi e webinar gratuiti.

DURATA

Il Programma Individuale di supporto alla ricollocazione prevede lo svolgimento di 10 incontri individuali, che possono essere svolti entro un arco temporale di 9 mesi che decorrono dal primo incontro individuale ed erogati in presenza, da remoto, o in modalità mista, in accordo con l'Assicurato.

**ATTENZIONE**

Il "Programma individuale di supporto alla ricollocazione" è indipendente rispetto alla valutazione del Sinistro per Perdita di Impiego o Inabilità Temporanea Totale. Qualora la durata del "Programma Individuale di supporto alla ricollocazione" si protragga oltre il limite di indennizzi per singolo sinistro ai sensi della presente Polizza Convenzione, l'Assicurato potrà comunque usufruire del servizio e terminare le sessioni per come programmate. Inoltre, l'Assicurato potrà continuare a beneficiare del "Programma Individuale di supporto alla ricollocazione" anche qualora lo stato di Disoccupazione o Inabilità cessi durante l'erogazione delle sessioni, alle condizioni e limiti di durata previsti all'interno della presente Polizza Convenzione.

Art 6.7 Lieto Evento

Questa prestazione, che non prevede alcun premio aggiuntivo, opera se nel corso e sino alla scadenza del Prestito alternativamente:

- la persona assicurata partorisce;
- partorisce la moglie della Persona Assicurata che è padre del/della/dei neonata/o/i;
- partorisce la convivente della Persona Assicurata che lo riconosce come figlio/a, in quanto padre naturale, in base al Codice Civile;
- la Persona Assicurata adotta un figlio/a nel rispetto del Codice Civile.

TIPOLOGIA DI RISCHIO

Lieto Evento, nei limiti di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni

INDENNIZZO

In caso di nascita o adozione di un figlio/a la Compagnia liquida un importo pari a 2 rate del prestito in un'unica soluzione.
La prestazione è da considerarsi unica per tutta la durata del contratto.

Per i Limiti e Massimali vedasi Art. 8

Art. 6.8 Assistenza

Art. 6.8.1 Estensione Territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nella Repubblica Italiana, compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

Art. 6.8.2 Operatività della Polizza

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato, durante ciascun anno di validità della copertura;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

Art. 6.8.3 Prestazioni Garantite

ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA

01 – Consegna farmaco

Qualora l'Assicurato versi in condizioni di temporanea inabilità, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio (o al luogo in Italia dove questi risiede temporaneamente). La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il luogo in cui si trova l'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile e comunque entro le 24 (ventiquattro) ore successive. La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

02 – Consulto medico H24

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio o Malattia Improvvisa. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

03 – Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile. La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

04 – Invio di un insegnante a domicilio

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, non sia in grado, sulla base di certificazione medica, di fornire sostegno ai propri figli per i compiti, studenti della scuola dell'obbligo e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedere, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione un insegnante per un eventuale supporto scolastico.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni. La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) giorni per sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

05 – Invio di un infermiere a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

06 – Invio ricetta

Successivamente al video consulto, qualora il medico a suo insindacabile giudizio ritenga necessaria la prescrizione di un farmaco, potrà trasmettere una ricetta medica bianca direttamente all'assicurato, al medico curante o presso la farmacia più vicina al luogo in cui trovi l'assicurato in Italia. L'assicurato potrà inoltre richiedere, la consegna, di farmaci, ove disponibili, presso l'Abitazione indicata nel Modulo di Adesione.

07 – Invio spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità con il massimo di 2 (due) buste per sinistro.

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei generi alimentari resta a carico dell'Assicurato.

08 – Prelievo campioni a casa e Consegna esiti esami

Qualora l'Assicurato versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il prelievo presso il proprio domicilio. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni. La Società terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati presso i laboratori di analisi convenzionati con la Centrale

Inoltre, qualora l'Assicurato versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici effettuati, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Centrale Operativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre il costo degli esami resta a carico dell'Assicurato.

09 – Assistenza psicologica per diagnosi avversa

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di assistenza psicologica a seguito di infortunio o malattia di particolare gravità, la Centrale Operativa potrà organizzare una visita (o eventualmente anche un consulto telefonico) con uno specialista.

La Società terrà a proprio carico i relativi costi entro il limite di euro 150,00 per sinistro e per anno assicurativo.

10 – Videoconsulto ortopedico

Qualora il Cliente abbia necessità di valutare il proprio stato di salute ortopedica, potrà contattare il servizio medico del Centro di intervento tecnico, attivo 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, per chiedere un video consulto con uno specialista ortopedico. Qualora non fosse possibile reperire immediatamente il medico specialista, il Cliente verrà richiamato entro le successive 8 (otto) ore lavorative. Il consulto sarà prestato sulla base delle informazioni fornite dal Cliente e non varrà quale diagnosi di patologie in essere o future. Il consulto, pertanto, non potrà in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante del Cliente. Inoltre, per le situazioni di emergenza il Cliente dovrà sempre contattare i numeri di emergenza del Paese in cui si trova.

Video consulto: Qualora il Cliente abbia bisogno di organizzare un video consulto, il Centro di intervento tecnico trasferirà la chiamata al proprio servizio medico che valuterà, con il consenso del Cliente, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata, il tutto protetto dal segreto medico.

Art. 7 Esclusioni

ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Per tutte le garanzie:

- dolo dell'Assicurato, dell'Aderente o del Beneficiario;
- Sinistri legati a una guerra, dichiarata o non dichiarata, compresi (in via esemplificativa ma non esaustiva) guerra civile, insurrezione, atti di terrorismo, occupazione militare, invasione, tranne i Sinistri avvenuti nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, sempre che l'Assicurato si trovasse già sul posto al momento di tale inizio;
- 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;

- Sinistri legati ad azioni intenzionali dell'Assicurato, ad eccezione del suicidio, quali: atti autolesivi; mutilazione volontaria;
- Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- Sinistri che siano causati da abuso di alcol, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- stato di ubriachezza/ebbrezza;
- Sinistri legati a un incidente aereo, se l'Assicurato viaggiava su un aereo non autorizzato al volo o con pilota senza brevetto idoneo;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- Sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni o radiazioni atomiche;
- pratiche di sport pericolosi come: paracadutismo, attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- svolgimento di 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.

Per la sola garanzia Perdita d'Impiego:

- licenziamenti presso il medesimo datore di lavoro preceduti, nei 12 mesi prima dell'adesione, da un'intimazione di licenziamento o da una comunicazione scritta che indicava l'Assicurato per una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- licenziamenti per "giusta causa";
- licenziamenti durante il periodo di prova se previsto dal contratto;
- licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- dimissioni;
- licenziamenti per motivi disciplinari o professionali;
- cessazioni, per scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di lavoro intermittenti;
- contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- licenziamenti per il raggiungimento dell'età richiesta per il diritto alla "pensione di vecchiaia";
- risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, motivate da riorganizzazioni aziendali che prevedono l'accompagnamento alla pensione;
- messa in mobilità del lavoratore dipendente che maturi il diritto alla pensione di anzianità e/o di vecchiaia durante il periodo di mobilità;
- situazioni che danno diritto all'Indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- licenziamento per carcerazione del lavoratore.

Per la sola garanzia Inabilità Temporanea Totale:

- interruzioni di lavoro dovute a periodi di maternità.

Per la sola Malattia Grave:

All'Assicurato non viene pagato l'Indennizzo se il sinistro è conseguenza di:

- rifiuto di seguire le cure mediche;
- malattie neurologiche (Alzheimer e demenze, Morbo di Parkinson ed Epilessia);
- malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, gli eventi dovuti, causati o dipendenti da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici;
- difetti fisici, le malformazioni e le relative complicanze di cui l'Assicurato soffriva prima della data da cui è attiva la polizza e se conosciute dallo stesso;
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste

dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;

Inoltre, relativamente a:

1. Infarto miocardico sono escluse le forme ischemiche transitorie del muscolo cardiaco in assenza di necrosi definitiva, delle modificazioni tipiche elettrocardiografiche e dei marcatori sierologici quali treponina, LDH, CPK;
2. Ictus cerebrale sono esclusi:
 - attacchi ischemici transitori (TIA);
 - danni traumatici al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni;
3. Insufficienza epatica cronica terminale è esclusa l'insufficienza epatica cronica terminale secondaria causata da abuso di alcolici e sostanze stupefacenti;
4. Trapianto d'organo, sono esclusi i trapianti di qualsiasi altro organo non precedentemente indicato, parti di organo o di tessuti o cellule;

Per la sola Garanzia Assistenza:

- La Compagnia non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società;
- La Compagnia non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati;
- Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente;
- Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto;
- Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri) assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America;
- viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.

Art. 8 Limiti di Copertura e Massimali

GARANZIA	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/CARENZA
Decesso	Debito residuo Massimo 80.000 €	Nessuna Carenza con visita medica 30 gg senza visita medica
Invalità Totale Permanente		60% Franchigia
Malattia Grave	Massimo 12.000 € Massimo € 1.000 x 12 rate Indennizzo corrisposto in un'unica soluzione	Nessuna Carenza con visita medica 30 gg senza visita medica
Ricovero Ospedaliero	Massimo 2.000€/mese per un massimo di: • 18 rate mensili per Sinistro • 36 rate per tutta la durata della copertura	30 gg Carenza 2 gg Franchigia
Perdita d'Impiego	Massimo 2.000€/mese per un massimo di: • 18 rate mensili per Sinistro • 36 rate per tutta la durata della copertura	60 gg Carenza 30 gg Franchigia
Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia attivabile per cambio status lavorativo	Massimo 2.000€/mese per un massimo di: • 18 rate mensili per Sinistro • 36 rate per tutta la durata della copertura	30 gg Franchigia
Lieto evento	Massimo 4.000 € (2.000 € x 2 rate) Indennizzo corrisposto in un'unica soluzione	300 gg Carenza



IMPORTANTE

Cos'è la Franchigia?

È il periodo di tempo durante il quale il Beneficiario non ha diritto ad alcun Indennizzo, anche se si è verificato un Sinistro coperto da garanzia. Ad esempio: se la Franchigia è di 30 giorni, il Beneficiario non riceverà alcun Indennizzo prima che siano trascorsi 30 giorni dalla data del Sinistro; successivamente, da quel momento in poi riceverà l'Indennizzo solo se ci sono ancora le condizioni che hanno fatto scattare la garanzia.

Cos'è la Carenza?

È il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, in cui la Copertura Assicurativa sono sospese. In pratica, se la garanzia prevede una Carenza di 60 giorni, non saranno indennizzati i Sinistri che avverranno in questo periodo.



NOTA BENE

Per la sola Garanzia Invalità Totale Permanente

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

In caso di decesso dell'Assicurato prima che l'indennizzo da Invalità Totale Permanente sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte, liquida ai Beneficiari l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia con le modalità e nei termini stabiliti dalle Condizioni di Assicurazione Art. 6.2 Invalità Permanente Totale da Infortunio o Malattia.

In caso di liquidazione del sinistro da Invalità Totale Permanente, nulla sarà più dovuto per la garanzia Caso Decesso. Qualora invece il sinistro non risultasse indennizzabile secondo i termini di cui all'Art. 6.2 Invalità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, lo stesso resterà valutabile secondo le modalità ed i termini di cui all'Art. 6.1 garanzia Decesso al Beneficiario per la Copertura Caso Decesso.

Per la Garanzia Ricovero Ospedaliero

Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

Per la Garanzia Perdita d'impiego

Gli indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della rata, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

Per la Garanzia Inabilità Temporanea Totale:

Per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 30 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Finanziamento al momento del sinistro. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale opererà un Periodo di Franchigia di sessanta giorni dalla data di ripresa dell'abilità all'attività lavorativa; tale nuovo Periodo di Franchigia verrà applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.

Nel caso di più Sinistri che prevedano la liquidazione delle rate del finanziamento, nel medesimo periodo, l'importo indennizzato sarà relativo a solo una delle Garanzie per le quali si è denunciato il Sinistro.

Art. 9 Beneficiari

Per tutte le Garanzie ad eccezione del Decesso, il Beneficiario è l'Assicurato stesso.

Per la Copertura Decesso, i beneficiari sono indicati nel Modulo di Adesione. Le eventuali revoche e modifiche della designazione e dell'eventuale nomina del referente terzo devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia. Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

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

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

Art. 10 Calcolo del premio

La Copertura Assicurativa viene prestata dalla Compagnia dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico anticipato. Il premio è finanziato dalla Contraente.

Tale premio, viene versato alla Compagnia dalla Contraente per conto dell'Assicurato, che ha sottoscritto il Modulo di Adesione, al momento dell'erogazione del Finanziamento.

Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto alla Compagnia.

L'importo totale del premio unico è pari alla somma del premio per la Copertura Decesso e del premio per le Coperture Danni. Il premio per la Copertura Decesso e per le Coperture Danni viene determinato applicando il tasso di premio – in base alla durata del Contratto di Finanziamento – all'importo totale del Finanziamento richiesto.

Di seguito i tassi di premio suddivisi per garanzia:

DURATA FINANZIAMENTO IN MESI	COPERTURA VITA	COPERTURA DANNI (*)	TASSI COMPLESSIVI (VITA E DANNI)
Da 6 mesi a 36 mesi	1,51%	4,33%	5,84%
Da 37 mesi a 48 mesi	2,21%	4,74%	6,95%
Da 49 mesi a 72 mesi	3,50%	5,51%	9,01%
Da 73 mesi a 84 mesi	3,86%	6,85%	10,71%
Da 85 mesi a 120 mesi	5,11%	6,54%	11,65%

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

Sezione 3 – Denuncia e obblighi in caso di sinistro

Art. 11 Denuncia di sinistro

Per la Copertura Decesso

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati dai Beneficiari secondo le seguenti modalità:

- chiamando il

**Numero Verde 800.767.888 (per l'Italia) attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 17:30,
oppure dall'estero al numero +39 02.30548800;**

- con lettera raccomandata A/R a

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

- via e-mail all'indirizzo

liquidazioni@piuvera-protezione.it

Per le Coperture Danni (Perdita d'Impiego, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero, Malattia Grave, Reinserimento Professionale, Lieto Evento).

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato entro 10 giorni dalla data del Sinistro stesso, secondo le modalità di seguito elencate:

- chiamando il

**Numero Verde 800.767.888 (per l'Italia) attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 17:30,
oppure dall'estero al numero +39 02.30548800;**

- con lettera raccomandata A/R a

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

- tramite indirizzo di Posta Certificata

sinistri-piuvera-assicurazioni@legalmail.it

I documenti da inviare, ai recapiti sopra indicati, in caso di Sinistro sono, per ogni garanzia:

DECESSO

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

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

- **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di polizza;
- **MODALITÀ DI PAGAMENTO:** occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ:** copia di un valido documento di identità;
- **CODICE FISCALE:** copia del codice fiscale;
- **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare il legame di parentela con l'Assicurato;
- **PRIVACY:** occorre sottoscrivere di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy;
- **QUESTIONARIO ANTIRICICLAGGIO:** occorre compilare l'apposito questionario antiriciclaggio.
- **COPIA DEL PIANO DI AMMORTAMENTO**

1. **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).

2. 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.

3. DOCUMENTAZIONE MEDICA:

i. in caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata inferiore o uguale a Euro 20.000,00): certificato medico attestante la causa del decesso;

ii. In caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata superiore a Euro 20.000,01):

Occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico 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 avvenuti in Paesi Esteri);

c. emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione (dichiarazioni di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario).

iii. 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 autopsico e delle indagini tossicologiche, se presenti; in alternativa, certificato di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia la Compagnia stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa.

Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare la Compagnia al seguente

**Numero verde: 800.767.888 attivo 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.

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

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria.

Per data di ricevimento della richiesta si intende la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte della Compagnia.

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.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o malattia che ha determinato l'invalidità permanente;
- documento attestante la data di richiesta di certificazione dell'Invalidità agli enti preposti e/o il verbale di invalidità civile se presente attestante tale data;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, al momento del sinistro (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia su richiesta di quest'ultima);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento.

MALATTIA GRAVE

- documentazione medica/cartelle cliniche relative alla malattia;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento.

RICOVERO OSPEDALIERO

- La denuncia del ricovero deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia dell'eventuale certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia, su richiesta di quest'ultima);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

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

- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- Denuncia dell'infortunio o della malattia contenente l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- copia dell'eventuale certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- documentazione attestante lo stato lavorativo dell'Assicurato:
 - in caso di Lavoratore Autonomo, la copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA, visura camerale aggiornata ed emessa in data successiva a quella dell'evento denunciato;
 - in caso di Non Lavoratore, documentazione lavorativa attestante lo stato di "non lavoratore";
- dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia, su richiesta di quest'ultima);
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento.

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

PERDITA D'IMPIEGO

L'Assicurato deve, entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, comunicare a PiùVera Assicurazioni S.p.A. la propria disoccupazione inviando la denuncia allegando la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- modulo Unilav di cessazione;
- ultima busta paga percepita;
- copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- scheda anagrafico professionale in cui venga riportato tutto lo storico lavorativo da inviare ogni mese per attestare il persistere dello stato di disoccupazione;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.
- copia del piano di ammortamento del Finanziamento.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa. L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione scritta alla Compagnia in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione

LIETO EVENTO

- Certificato di nascita/adozione;
- Certificato di famiglia.

ASSISTENZA

La gestione è affidata alla Società INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Per ottenere l'Assistenza l'Aderente/l'Assicurato deve telefonare sempre e preventivamente alla Centrale Operativa, componendo i numeri di telefono:

**Numero verde: 800.767.888 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.30;
oppure dall'estero al numero +39 02.30548800**

entro 3 giorni dal verificarsi del Sinistro.

Resta inteso che qualora la persona fisica o giuridica, titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il Sinistro entro i termini previsti (3 giorni dal verificarsi del Sinistro) potrà farlo non appena ne sarà in grado.

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per raccogliere le richieste.

L'Assicurato deve comunicare:

- cognome e nome;
- luogo dal quale chiama e recapito telefonico al quale essere contattato;
- prestazione richiesta.

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza. La Compagnia declina ogni responsabilità per eventuali richieste di assistenza non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa. Resta inteso che qualora la persona fisica o giuridica, titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il Sinistro entro i termini previsti (3 giorni dal verificarsi del Sinistro) potrà farlo non appena ne sarà in grado.

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO SECOND OPINION

L'Assicurato o il familiare o persona terza, da loro delegata, deve:

1. contattare la Centrale Operativa, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 (esclusi i giorni festivi) ai numeri sopra riportati.
La Centrale Operativa, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento della prestazione ed invierà il "questionario dati anamnestici";
2. spedire alla Società, al seguente indirizzo:

INTER PARTNER ASSISTENZA S.A.
Via Carlo Pesenti 121 – 00156 – Roma

- una copia di un documento di identità valido;
- la documentazione clinica completa, il proprio numero di polizza e il numero del sinistro (fornito dall'operatore della Centrale Operativa al momento della denuncia);

- il “questionario dati anamnestici” sottoscritto dallo stesso e dal suo medico curante;
- l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
- l'autorizzazione alla Società circa il trattamento dei dati forniti;
- l'autocertificazione dell'Assicurato nella quale dichiara che il proprio caso non rientra tra le fattispecie oggetto di esclusione.

Il servizio medico della Centrale Operativa:

- è a disposizione per fornire informazione circa la raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami eseguiti) e la compilazione del “questionario dati anamnestici”;
- verifica la completezza dei dati e della documentazione ed eventualmente richiede nuove specifiche all'interessato ed al suo medico curante;
- invia la documentazione completa, con le soluzioni tecnologiche più rapide, ad un centro convenzionato prescelto dalla Centrale Operativa;
- comunica all'interessato il nome dello specialista e/o del centro convenzionato a cui è stata inviata la documentazione;
- invia il parere medico complementare all'interessato o al suo medico curante, contenente l'opinione dello specialista sul caso clinico, eventuali suggerimenti terapeutici e le risposte alle eventuali domande;
- su esplicita richiesta, restituisce la documentazione inviata dall'interessato.

La prestazione potrà essere erogata solo al ricevimento, da parte della Società, della documentazione completa.

Art. 12 Pagamento della prestazione

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

Condizioni comuni a tutte le sezioni del contratto

Art. 13 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

L'Assicurato ha 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'Obligo 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 L'ADERENTE E/O L'ASSICURATO HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto per domandare l'annullamento dichiarando all'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 L'ADERENTE E/O L'ASSICURATO NON HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'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.

Le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, in questo caso, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di erogazione del Contratto di Finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Compagnia 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 avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se l'erogazione del Finanziamento fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

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

Art. 14 Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da esse effettuate in forza del presente contratto.

Art. 15 Altre assicurazioni

Resta convenuto che la Copertura Assicurativa può cumularsi con altre assicurazioni prestate dalla Compagnia.

Art. 16 Imposte ed altri oneri fiscali

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

Art. 17 Documentazione da consegnare all'Assicurato

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 Legge applicabile

La Legge applicabile è quella italiana.

Art. 19 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni dell'Aderente/Assicurato alla Società possono essere fatte telefonando al:

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

Oppure inviando un'e-mail a:

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

Qualsiasi richiesta dell'Aderente/Assicurato sulle garanzie offerte dalla presente polizza può essere fatta direttamente a questi recapiti.

Art. 20 Cessione dei diritti

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

Art. 21 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 22 Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Aderente 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. 23 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. 24 Controversie

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

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

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

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

Art. 25 Prescrizione

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. 26 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. 27 Sanzioni Internazionali

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

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

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

Dichiarazioni e Obblighi del Cliente

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

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

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

Art. 28 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alle Società ai seguenti indirizzi:

PiùVera Protezione S.p.A. Servizio Reclami
Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano (Italia)

PiùVera Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami
Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano (Italia)

Oppure inviando un'e.mail a:

reclami@piuvera-protezione.it
oppure
reclami@piuvera-protezione.it

indicando i seguenti dati:

- nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente;
- numero di polizza;
- nominativo dell 'Aderente/Assicurato;
- numero e data del sinistro a cui si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

La Compagnia darà riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo. I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati alla Compagnia saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.

RECLAMO ALL'ISTITUTO PER LA VIGILANZA SULLE ASSICURAZIONI

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Via del Quirinale n°21 00187 Roma
e.mail tutela.consumatore@pec.ivass.it

tramite e-mail, fax o posta ordinaria, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS (www.ivass.it – sezione Per i Consumatori – Reclami – Guida ai reclami), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
- denominazione dell'impresa e dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito della Commissione Europea <http://www.ec.europa.eu/fin-net>.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D. Lgs. del 4 marzo 2010 n°28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.



Informativa in materia di Protezione dei dati personali - PiùVera Assicurazioni S.p.A.

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 E S.M.I. (di seguito REG. UE) Mod. Danni 12/2025

1. Titolare del trattamento dei dati personali

Titolare del trattamento dei dati personali è PiùVera Assicurazioni S.p.A.

2. Responsabile della Protezione dei dati personali

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

3. Dati personali oggetto di trattamento e fonte dei dati

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

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

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

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

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

a) Finalità Assicurativa

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

In relazione a tale finalità il trattamento dei dati risulta necessario sia per l'esecuzione del contratto ai sensi dell'art 6, par. 1, lett.

b) Reg. UE, sia per l'adempimento di obblighi di legge previsti dalla normativa di settore, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell'art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i..

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

II. Attività di tariffazione e sviluppo di nuovi prodotti.

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

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

La base giuridica del trattamento è il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE

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

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

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

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

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

VI. Comunicazione dei dati a coassicuratori e riassicuratori, nonché ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa¹ per la gestione del rischio assicurato.

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

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

5. Destinatari dei dati personali

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

- il personale alle dipendenze del Titolare, previa nomina quali persone autorizzate al trattamento;
- soggetti terzi² coinvolti nella gestione dei rapporti con lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.

I soggetti terzi cui possono essere comunicati i suoi Dati Personali agiscono quali:

1. Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali;
2. Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o
3. Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso.

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

I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

6. Modalità di trattamento

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

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

7. Trasferimento dei Dati all'estero

Ove necessario, i suoi dati potranno essere trasferiti, da parte della Società, verso Paesi Terzi fuori dallo Spazio Economico Europeo. In tali casi il trasferimento avverrà nel rispetto delle condizioni indicate dagli artt. 44 e ss. del Reg. UE, ovvero nei confronti di

¹ Per soggetti facenti parte della "catena assicurativa" si intende ad es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.

² Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (vedi nota 1), nonché società del Gruppo di appartenenza, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi, ecc; Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, Enti previdenziali.

Paesi per i quali esistono decisioni di “adeguatezza” della Commissione Europea, sulla base di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea³ oppure in applicazione di specifiche deroghe previste dal Reg. UE.

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

8. Tempi di conservazione dei dati personali

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

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

9. Diritti dell'interessato

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

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

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

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

Il Titolare

³ La selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea, nel rispetto delle raccomandazioni 01/2020 adottate il 10 novembre 2020 dal Comitato Europeo per la Protezione dei Dati. In subordine, i trasferimenti potrebbero essere necessari sulla base di una delle deroghe di cui all'art. 49 Reg. UE, per esempio con il consenso informato dell'interessato o per eseguire un contratto concluso tra l'interessato e il Titolare del trattamento ovvero misure precontrattuali adottate su istanza dell'interessato, o un contratto stipulato tra il Titolare del trattamento e un'altra persona fisica o giuridica a favore dell'interessato, ovvero per importanti motivi di interesse pubblico o per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o, ancora, per tutelare gli interessi vitali dell'interessato o di altre persone qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso.



Informativa in materia di Protezione dei dati personali - PiùVera Protezione S.p.A.

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 E S.M.I. (di seguito REG. UE) Mod. Vita 12/2025

1. Titolare del trattamento dei dati personali

Titolare del trattamento dei dati personali è PiùVera Protezione S.p.A.

2. Responsabile della Protezione dei dati personali

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

3. Dati personali oggetto di trattamento e fonte dei dati

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

I dati personali trattati potranno essere raccolti direttamente presso di Lei ovvero da altri soggetti quali ad esempio contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, intermediari assicurativi, nonché presso fonti pubbliche e/o pubblicamente accessibili, oltre che presso fornitori d'informazioni commerciali e creditizie, che costituiscono fonte ex art. 14 del Reg. UE. In particolare, nel caso la comunicazione di dati personali relativi a terzi interessati venga effettuata da parte dei contraenti/assicurati sarà in capo a questi ultimi la responsabilità della suddetta comunicazione essendo tenuti, i medesimi contraenti/assicurati, ad informare e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento e alla comunicazione dei loro dati alla Società, per le finalità assicurative dell'interessato.

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

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

a) Finalità Assicurativa

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

In relazione a tale finalità il trattamento dei dati risulta necessario sia per l'esecuzione del contratto ai sensi dell'art 6, par. 1, lett.

b) Reg. UE, sia per l'adempimento di obblighi di legge previsti dalla normativa di settore, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell'art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i..

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

II. Attività di tariffazione e sviluppo di nuovi prodotti.

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

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

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

consistente nella tutela degli interessi e diritti propri;

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

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

V. Comunicazione dei dati a coassicuratori e riassicuratori, nonché ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa¹ per la gestione del rischio assicurato.

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

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

5. Destinatari dei dati personali

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

- il personale alle dipendenze del Titolare, previa nomina quali persone autorizzate al trattamento;
- soggetti terzi² coinvolti nella gestione dei rapporti con lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.

I soggetti terzi cui possono essere comunicati i suoi Dati Personali agiscono quali:

1. Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali;
2. Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o
3. Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso.

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

I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

6. Modalità di trattamento

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

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

7. Trasferimento dei Dati all'estero

Ove necessario, i suoi dati potranno essere trasferiti, da parte della Società, verso Paesi Terzi fuori dallo Spazio Economico Europeo. In tali casi il trasferimento avverrà nel rispetto delle condizioni indicate dagli artt. 44 e ss. del Reg. UE, ovvero nei confronti di

¹ Per soggetti facenti parte della "catena assicurativa" si intende ad es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.

² Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa"(vedi nota 1), nonché società del Gruppo di appartenenza, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi, ecc; Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, Enti previdenziali.

Paesi per i quali esistono decisioni di “adeguatezza” della Commissione Europea, sulla base di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea³ oppure in applicazione di specifiche deroghe previste dal Reg. UE.

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

8. Tempi di conservazione dei dati personali

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

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

9. Diritti dell'interessato

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

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

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

Il Titolare

³ La selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea, nel rispetto delle raccomandazioni 01/2020 adottate il 10 novembre 2020 dal Comitato Europeo per la Protezione dei Dati. In subordine, i trasferimenti potrebbero essere necessari sulla base di una delle deroghe di cui all'art. 49 Reg. UE, per esempio con il consenso informato dell'interessato o per eseguire un contratto concluso tra l'interessato e il Titolare del trattamento ovvero misure precontrattuali adottate su istanza dell'interessato, o un contratto stipulato tra il Titolare del trattamento e un'altra persona fisica o giuridica a favore dell'interessato, ovvero per importanti motivi di interesse pubblico o per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o, ancora, per tutelare gli interessi vitali dell'interessato o di altre persone qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso.

**PIÙPROTEZIONE PRESTITO - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI
PERSONALI – TARIFFA CPAX**

COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE D ADESIONE FACOLTATIVA

POLIZZE COLLETTIVE n° 3518 Più Vera Assicurazioni S.p.A. – n° 59375 Più Vera Protezione S.p.A.

Finanziamento n°.....

Data di aggiornamento: 02/2026

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

MODULO DI ADESIONE

ASSICURATO

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

L'importo del premio è pari a € ;
 I costi totali a carico dell'Assicurato sono pari a €
 ovvero il 50% del premio imponibile..

; le provvigioni percepite dall'Intermediario sono pari a €

BENEFICIARI

BENEFICIARI COPERTURE DANNI

Per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Perdita d'Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero Beneficiario delle Coperture è l'Assicurato stesso.

BENEFICIARI COPERTURA CASO MORTE

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

AVVERTENZA:

La invitiamo a compilare dettagliatamente la sezione dedicata ai dati dei Beneficiari in forma nominativa; in mancanza l'Impresa di Assicurazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi. Ricordiamo altresì che la modifica o la revoca dei Beneficiari deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione.

Y Beneficiario nominativo:

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

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

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

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

Y **Referente terzo:**

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

Cognome/Ragione sociale

Nome

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono

E-mail

Indirizzo

Località

CAP

Provincia

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara:

- di aver preso consegna e preventiva conoscenza della copia integrale del Set Informativo - ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modifiche e/o integrazioni - composto dal Documento Informativo precontrattuale (DIP) per i prodotti assicurativi Danni, dal DIP per i prodotti assicurativi Vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo, dal DIP Aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e dal fac simile del presente Modulo di Adesione;
- di aver letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione;
- di essere consapevole che l'adesione alla Polizza è facoltativa.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

Il sottoscritto Assicurato:

- prende atto che Agos Ducato ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
 - a Più Vera Protezione S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause,
 - a Più Vera Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
 - invalidità totale permanente da infortunio o malattia,
 - malattia grave;
 - ricovero ospedaliero da infortunio e malattia,
 - perdita d'impiego;
 - inabilità temporanea totale da infortunio o malattia,
 - reinserimento professionale.
 - lieto evento,
 - assistenzain relazione ai Contratti di Finanziamento;
- dichiara di aderire alla Polizza Collettiva indicata che prevede il versamento di un premio unico anticipato calcolato secondo le modalità riportate nel Set Informativo. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Imprese e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- conferma che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- dichiara di essere a conoscenza che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione del finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del premio assicurativo e decorre dal giorno di erogazione del finanziamento e termina alla data di scadenza del finanziamento o al compimento del 76esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa, per somme assicurate superiori ai 20.000,00 €, è in ogni caso subordinata alla sottoscrizione del QUESTIONARIO SANITARIO;
- dichiara di essere consapevole che, qualora la somma assicurata sia superiore a 20.000,00 € ed abbia pertanto sottoscritto il Questionario Sanitario, la percentuale di invalidità riconosciuta in sede di valutazione del sinistro sarà determinata detraendo i punti di invalidità imputabili ad eventi antecedenti la sottoscrizione della polizza, come meglio riportato all'Art. 6.2 Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia delle Condizioni di Assicurazione;
- dichiara di essere a conoscenza dei requisiti di assicurabilità riportati all'Art. 2 Requisiti di assicurabilità;
- prende atto di poter recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. Il premio pagato, al netto delle eventuali imposte, sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso;
- dichiara di voler ricevere e di aver ricevuto l'informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei Clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del Cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario) in modalità (indicare il supporto durevole):
 - cartaceo;
 - e-mail;
- qualora il contratto venga sottoscritto con firma elettronica avanzata o con firma digitale, sarà redatto in un unico esemplare. L'Assicurato prende atto che in caso di firma elettronica avanzata, la trasmissione di copia del Contratto avrà luogo all'indirizzo di posta elettronica indicato dall'Assicurato stesso, mentre in caso di firma digitale la documentazione verrà resa disponibile nell'area dedicata della sua home banking. È fatta salva la facoltà dell'Assicurato di richiedere e ottenere copia cartacea della documentazione stessa;
- 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.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

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

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

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

SEZIONE 3 DENUNCIA E OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

ADEGUATA VERIFICA

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

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

- **di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, confermando di essere il titolare effettivo dell'operazione.**

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

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

DATA _____

AGOS DUCATO S.p.A.

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

AVVERTENZE:

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

PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RIFERITI ALL'ASSICURATO TRATTATI DA PIU' VERA ASSICURAZIONI S.p.A. E PIU' VERA PROTEZIONE S.p.A.

Presa visione delle informative in materia di protezione dei dati personali di PIU' VERA ASSICURAZIONI S.p.A. (il mod. Danni 09/2025) e di PIU' VERA PROTEZIONE S.p.A. (il mod. Vita 09/2025), contenute in calce alle Condizioni di Assicurazione, il sottoscritto, presta esplicito consenso al trattamento dei dati personali e particolari relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa (paragrafo 4 lett. a) di entrambi i modelli di informativa).

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

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

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

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

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

Obblighi del cliente

Art. 22 del Decreto Legislativo 231/2007

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77 CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purché stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, o dell'istituto giuridico affine, per tali intendendosi quelle relative all'identità del costituente o dei costituenti, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust o nell'istituto giuridico affine attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.
- 5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.
- 5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

Obbligo di astensione

Art. 42, comma 1, 2 e 4 del Decreto Legislativo 231/2007

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.
4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

Art. 42 del Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019

1. Quando le imprese non sono in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui agli articoli 34, 35, 36 e 37, si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo ovvero dall'eseguire l'operazione.
2. Nel caso l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, le imprese si astengono dall'effettuare modifiche contrattuali, dall'accettare i versamenti aggiuntivi non contrattualmente obbligatori nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.
3. In ogni caso, le imprese valutano se inviare una segnalazione di operazione sospetta e, in caso di liquidazione della prestazione, anche se richiederne la sospensione alla UIF.

Art. 55, comma 1 e 3 del Decreto Legislativo 231/2007

1. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, in occasione dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.

2. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

DEFINIZIONI**Cliente****Art. 2, comma 1, lettera y) del Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019**

Il soggetto che, anche mediante cointestazione, instaura rapporti continuativi ovvero compie operazioni con le imprese o con le imprese stabilite senza succursale.

Esecutore**Art. 2, comma 1, lettera bb) del Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019**

Il soggetto delegato ad operare in nome e per conto del cliente o del beneficiario o il soggetto cui siano conferiti poteri di rappresentanza che gli consentano di operare in nome e per conto del cliente o del beneficiario; ove il soggetto non sia una persona fisica, la persona fisica alla quale in ultima istanza sia attribuito il potere di agire in nome e per conto del cliente.

Beneficiario**Art. 2, comma 1, lettera x) del Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019**

- la persona fisica o il soggetto diverso da una persona fisica che, sulla base della designazione effettuata dal contraente o dall'assicurato, ha diritto di percepire la prestazione assicurativa corrisposta dall'impresa di assicurazione;
- l'eventuale persona fisica o il soggetto diverso da una persona fisica a favore del quale viene pagata la prestazione assicurativa su disposizione del beneficiario designato (*perciante effettivo*).

Titolare effettivo**Art. 2, comma 1, lettera vv) del Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019**

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

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

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

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

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

- i. società, anche di persone,
- ii. altri soggetti giuridici privati, anche se con sede all'estero,
- iii. trust espressi, indipendentemente dal relativo luogo di istituzione e dalla legge ad essi applicabile.

Art. 20 del Decreto Legislativo 231/2007

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.

2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:

- a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
- b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.

3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:

- a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
- b) del controllo dei voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
- c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

4. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n.361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:

- a) i fondatori, ove in vita;
- b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
- c) i titolari di poteri di rappresentanza legale, direzione e amministrazione.

5. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari, conformemente ai rispettivi assetti organizzativi o statutari, di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione della società o del cliente comunque diverso dalla persona fisica.

6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo nonché, con specifico riferimento al titolare effettivo individuato ai sensi del comma 5, delle ragioni che non hanno consentito di individuare il titolare effettivo ai sensi dei commi 1,2,3 e 4 del presente articolo.

Art. 56, comma 1 e 2 del Regolamento IVASS n. 44 del 19 febbraio 2019

1. Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui ai sensi dell'articolo 1891 del codice civile, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo.
2. Ai fini del presente regolamento, l'impresa include tra i contratti stipulati per conto altrui almeno quelli nei quali all'assicurato spetta il diritto di designare il beneficiario della prestazione.

Persone politicamente esposte

Art. 1, comma 2, lettera dd) del Decreto Legislativo 231/2007

Le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
 - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
 - 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - 3.1 le persone fisiche che, ai sensi del presente decreto, detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'affari;
 - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

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'assicurato/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 dalla 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

QUESTIONARIO SANITARIO

Il presente Questionario può essere sottoscritto solo per importi da € 20.000,01 a € 80.000,00 e Assicurati che al momento dell'adesione non hanno ancora compiuto i 70 anni di età ed è da ritenersi valido a condizione che la copertura abbia decorrenza entro 180 gg. dalla sottoscrizione dello stesso.

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

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "No" a tutte le domande incluse nel Questionario Sanitario. L'Impresa di Assicurazione, pertanto, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'assicurato sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel presente Questionario Sanitario. Con riferimento alle malattie oncologiche presenti nella domanda 1, qualora si sia stati affetti da Patologie Oncologiche per cui si è concluso il trattamento attivo nei termini previsti dall'Oblio Oncologico, tali patologie non dovranno essere prese in considerazione nel rispondere alla domanda.

1. Negli ultimi 10 anni (o negli ultimi 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento dei 21 anni di età, o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024, in riferimento alle malattie oncologiche) le è mai stata diagnosticata o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure per una malattia acuta o cronica tra quelle indicate sotto? - Malattie del sistema nervoso: Sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, malattie demielinizzanti, distrofie muscolari, paresi, plegia, spina bifida, morbo di Parkinson, epilessia (resistente alla terapia con almeno 2 farmaci antiepilettici), morbo di Alzheimer, meningite ☐Sì ☐No - Malattie cardiovascolari: Ischemia miocardica (insufficienza delle coronarie), infarto miocardico angina pectoris, valvulopatie, ictus cerebrale (trombosi o emorragia), attacco ischemico transitorio cerebrale (TIA), aneurismi arteriosi e venosi ☐Sì ☐No - Malattie oncologiche: Tumori maligni, leucemia, linfomi ☐Sì ☐No - Malattie metaboliche: Diabete mellito di tipo 1 o 2 ☐Sì ☐No - Malattie immunologiche: infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili ☐Sì ☐No - Malattie dell'apparato respiratorio: Bronchite cronica ostruttiva (BPCO) in trattamento continuativo combinato con 2 o più farmaci; enfisema polmonare, asma in trattamento continuativo combinato con 2 o più farmaci; insufficienza respiratoria, embolia polmonare, bronchiectasie, sarcoidosi, ipertensione polmonare ☐Sì ☐No - Malattie gastroenterologiche: Cirrosi epatica, colite ulcerosa o morbo di Crohn, pancreatiti ☐Sì ☐No - Malattie del tratto genito-urinario: Nefriti e sindromi nefrosiche insufficienza renale stadio IV e V, in dialisi definitiva ☐Sì ☐No - Trapianti: Trapianto d'organo (tranne trapianto di cornea) ☐Sì ☐No - Malattie reumatiche autoimmuni: Lupus eritematoso sistemico, connettiviti, vasculiti, artrite reumatoide (malattia infiammatoria cronica, da non confondere con l'artrosi) ☐Sì ☐No - Inoltre, a completamento delle informazioni fornite, le chiediamo di indicare se la differenza tra la sua altezza (in cm) ed il suo peso (in Kg) è inferiore a 80 o superiore a 120? (ad esempio, altezza 180 cm e peso 80 Kg → 180 – 80 = 100 dovrà rispondere NO) ☐Sì ☐No	
2. Le è mai stata riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL una Invalidità Permanente da malattia o infortunio pari o superiore al 20% oppure riceve una pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla oppure ha subito infortuni i cui postumi invalidanti sono tutt'ora in cura o in corso di accertamento?	☐Sì ☐No
3. È mai stato ricoverato o ha mai fatto accesso in Pronto Soccorso per episodi di dipendenza da alcolici, utilizzo di sostanze stupefacenti o uso non terapeutico di medicinali?	☐Sì ☐No

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

Il sottoscritto conferma che il presente questionario è stato compilato sulla base di dichiarazioni spontanee dal medesimo rilasciate in sede di intervista e che le risposte corrispondono a quanto dallo stesso dichiarato.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

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".