

Set informativo

Composto da:

- il Documento Informativo Precontrattuale relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni);
- il Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita);
- il Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP Aggiuntivo Multirischi);
- l'Informativa in materia di protezione dei dati personali;
- il Modulo di Adesione.

Edizione aggiornata al 02/2026

Assicurazione Infortuni e Malattia (CPI)

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

Prodotto: PPI 4.0: Credit Protection a Premio Unico abbinabile ai prestiti
personali – Tariffa CPAU

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che assicura il rischio di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento all'adesione alla polizza collettiva che copre il rischio Morte prestata da PiùVera Protezione S.p.A.



Che cosa è assicurato?

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

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia**
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 66% 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 insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
- ✓ **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 famigliari, personali o domestici, a causa di Infortunio o Malattia, è prevista la liquidazione all'Assicurato, per ogni mese di durata del sinistro, di una somma pari all'ammontare della Rata mensile, comprensiva di capitale e interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**
In caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, perdurante oltre il Periodo di Franchigia Assoluta di 4 giorni, è prevista la liquidazione all'Assicurato di un Indennizzo pari all'ammontare della rata mensile del Contratto di Finanziamento. Inoltre, verrà corrisposto



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 183 mesi, compreso l'eventuale periodo di preammortamento di massimo 3 mesi;
- ✗ non abbiano un'età compresa tra 18 e i 74 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- ✗ alla data di scadenza del finanziamento risultino di età superiore a 80 anni compiuti;
- ✗ non abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione e non abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, compilato la documentazione medica necessaria (Questionario Sanitario);
- ✗ siano lavoratori dipendenti (o lavoratori subordinati) alle dipendenze e sotto la direzione di un datore di lavoro privato.

all'Assicurato un ulteriore Indennizzo pari alla rata mensile suddetta, per ciascun periodo di trenta giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero successivi alla scadenza del Periodo di Franchigia.

La massima somma assicurabile è pari a:

- in caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro.
- in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia: Euro 1.500,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 24 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto.



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni comuni a tutte le garanzie: (i) etilismo, stato di ebbrezza, ubriachezza, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato; (ii) partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato (iii) infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato; (iv) svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio; (v) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc); (vi) infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate; (vii) aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia:

- ! incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ! pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia
- ! 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;

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

- ! infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere e volere;
- ! aborto spontaneo o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;

Ulteriori limitazioni sono indicate nel DIP Aggiuntivo



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

All'inizio del contratto

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

Qualora intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Compagnia, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

Nel corso del contratto

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

In caso di sinistro l'Assicurato deve

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



Quando e come devo pagare?

Il Premio, comprensivo di imposte, deve essere corrisposto interamente in via anticipata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze Collettive abbinate al Contratto di Finanziamento; esso sarà finanziato da Agos Ducato S.p.A. con conseguente incremento dell'importo erogato del 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) e che l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

La durata della copertura coincide con la durata del contratto di finanziamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 183 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: scadenza originaria del singolo Contratto di Assicurazione; esercizio del diritto di recesso; pagamento del capitale assicurato per il caso di morte; accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato; estinzione anticipata totale o trasferimento (ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale) del Finanziamento originariamente stipulato.



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;
- a partire dal quinto anno successivo all'adesione, per i contratti di durata superiore ai 5 anni, recedere dalle Coperture Danni con preavviso di 30 giorni e con effetto dalla fine della annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

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: PPI 4.0 – CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI PERSONALI – TARIFFA CPAU

Il presente DIP Vita è stato realizzato in data 02/2026 ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte dell'Assicurato, per i sottoscrittori del Contratto di Finanziamento. L'adesione a questa polizza vita è subordinata all'adesione congiunta alla collegata polizza collettiva danni facoltativa commercializzata da PiùVera Assicurazioni S.p.A., avente per oggetto le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero da infortunio o malattia.



Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

- ✓ **Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato :** in caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata della Copertura Assicurativa, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato pari al Debito residuo del Finanziamento – in linea capitale – al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie – alla data del decesso dell'Assicurato e maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima rata scaduta fino al momento del decesso dell'Assicurato. 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, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.
- ✓ In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 80.000,00 gli indennizzi (Morte ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia) saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono coperti i rischi diversi dal decesso dell'Assicurato e pertanto la Garanzia Morte non prevede prestazioni per eventi quali: invalidità, malattia grave, perdita di non autosufficienza, inabilità di lunga durata. Inoltre il Contratto non prevede prestazioni in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del Contratto o altre coperture di tipo complementare.
- ✗ La 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 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.
- ✗ 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:

- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- ! guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- ! suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ! abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- ! pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- ! volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- ! infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- ! malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- ! dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ! incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- ! contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- ! infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- ! sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- ! sinistri che siano causati da abuso di alcol, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- ! sinistri causati da uso o abuso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- ! stato di ubriachezza/ebbrezza:
 - ! qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 - ! in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- ! decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre la Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- ! decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso;
- ! svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, 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 per finanziamenti di importo maggiore di 20.000,00 Euro.
- La Contraente – in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento – provvederà ad informare il cliente della possibilità di aderire al presente Contratto di Assicurazione e a fornire ai clienti copia del Set Informativo.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:
 - trasferimento di domicilio/sede della Contraente in uno Stato estero;
 - variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che la Contraente e/o i Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- Le 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 Morte viene determinato applicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento (escluso l'eventuale periodo di preammortamento) – all'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto fra Compagnia e Contraente è efficace dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione e ha durata pari ad un anno e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo facoltà delle parti di esercitare il diritto di disdetta.
- L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 della data in cui l'Assicurato stesso ha sottoscritto il Modulo di Adesione, sempre che sia stato pagato il premio unico e che l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di 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 non ha efficacia prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.
- La durata delle Coperture Assicurative, relativa ai singoli assicurati, è espressa in mesi interi e coincide, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione, sempre con la durata del Contratto di Finanziamento, più l'eventuale periodo di preammortamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento) fermo restando un'età massima dell'Assicurato a scadenza della copertura pari a 80 anni compiuti. L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.
- Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
 - scadenza originaria del singolo Contratto di Assicurazione;
 - esercizio del diritto di recesso;
 - pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte;
 - accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
 - estinzione anticipata totale o trasferimento (ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale) del Finanziamento originariamente stipulato.



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

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

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SÌ ☒ NO

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

Assicurazione caso morte, infortuni e malattia

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



Prodotto: PPI 4.0 – Credit protection a premio unico abbinabile ai prestiti personali – Tariffa CPAU

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), sinistrere@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.

Franchigie e Scoperti Non è prevista l'applicazione di franchigie e/o scoperti.

Periodo di Carenza In caso di decesso dell'Assicurato entro i primi 30 (trenta) giorni dalla data di validità del Contratto per cause dovute a malattia, purché il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia non corrisponderà il capitale assicurato, ma esclusivamente una somma pari al premio unico versato.

Rami Danni:

Esclusioni Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni, si fa presente che:

Garanzia per Invalidità Permanente Totale da Infortunio: (i) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove; (ii) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; (iii) pratiche di sport pericolosi (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; (iv) da stato di guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo; (v) atti temerari, ferma restando a copertura in caso di legittima difesa o dovere di solidarietà; (vi) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato; (vii) 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, salvo che per infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo o al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo; (viii) malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; (ix) connessione con l'uso o produzione di esplosivi; (x) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; (xi) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, anche transitoria, dallo stesso procurato; (xii) malattie tropicali o epidemiche; (xiii) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio; (xiv) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, anche transitoria, dallo stesso procurato.

Garanzia per Inabilità Temporanea e Totale da Infortunio o Malattia: (i) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, anche transitoria, dallo stesso procurato; (ii) atti temerari, ferma restando a copertura in caso di legittima difesa o dovere di solidarietà; guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo, rivoluzioni; (iii) 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; (iv) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale; (v) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; (vi) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato; (vii) parto, gravidanza, o complicazioni derivanti da tali eventi;

Garanzia per Ricovero ospedaliero da Infortunio o Malattia: (i) invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti; (ii) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio; (iii) 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); (iv) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra; (v) contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici; (vi) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser; (vii) cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici; (viii) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; partecipazione ad atti di terrorismo e rivoluzioni; aborto volontario.

Franchigie e Scoperti

È previsto un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni per la Garanzia per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia.

È previsto un periodo di franchigia assoluta di 4 giorni per la Garanzia Ricovero ospedaliero da Infortunio o Malattia.

Periodo di Carenza

È previsto un periodo di carenza di 30 giorni dalla data di validità del Contratto sia per la Garanzia per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia che per la Garanzia Ricovero ospedaliero da Infortunio o Malattia.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a soggetti (persone fisiche) che non siano lavoratori dipendenti (o lavoratori subordinati) di un datore di lavoro privato, che abbiano sottoscritto un contratto di finanziamento con Agos Ducato S.p.A. di durata non inferiore a 6 mesi e massima di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di ammortamento, che non può in ogni caso essere superiore a 3 mesi), aventi età compresa tra i 18 anni compiuti e i 74 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del modulo di adesione al presente programma assicurativo e che alla data di scadenza della copertura assicurativa risultino di età inferiore o uguale agli 80 anni compiuti. In particolare, il prodotto è rivolto chi desidera tutelare la propria capacità (o del beneficiario) di rimborsare il capitale o le rate del finanziamento in caso di eventi attinenti alla propria vita, salute o situazione lavorativa, che la possano compromettere.



Quali costi devo sostenere?

Rami Vita:

Costi gravanti sul Premio: TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Spese di Emissione	Non previste	L'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo.
Costi di acquisizione e gestione percentuale	55,00%	Il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato.

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

- **Non sono presenti Costi per il riscatto, Costi per l'erogazione della rendita e Costi per l'esercizio delle opzioni.**
- **Costi di intermediazione:** la quota parte del costo percentuale percepita in media dall'Intermediario è pari al 90,91%.

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	55,00%	Il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato al netto delle imposte del 2,50%.

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

- **Costi di intermediazione:** la quota parte del costo percentuale percepita in media dall'Intermediario è pari al 90,91%.

Per tutti i rami:

- **Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento del finanziamento:** in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Contratto di Finanziamento, la Compagnia trattiene 25,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato a titolo di spese amministrative.
- **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: Per le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, le parti, in alternativa al ricorso all'autorità giudiziaria, hanno facoltà di rimettere la decisione ad un collegio di tre medici, le cui decisioni sono vincolanti per le parti. Rami Vita e Rami Danni: Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione delle procedure FIN-NET o della normativa applicabile.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Rami Vita: Imposte sui premi I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. Detraibilità fiscale dei premi Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. Tassazione delle somme assicurate Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni. Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo. Rami Danni: Imposte sui premi Il premio di Assicurazione è soggetto ad un'imposta pari al 2,50% del premio imponibile. Disciplina dei premi e delle somme assicurate Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che la Compagnia non abbia facoltà di recesso dal contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche, nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente. Concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione tutti i premi versati dal Contraente nel periodo d'imposta a fronte di: • eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana; • eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali il Contraente prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

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

5



Condizioni di Assicurazione

Sezione 1 - Oggetto e prestazioni, requisiti di assicurabilità

Art. 1	Garanzie	9
Art. 2	Prestazioni	9
2.1	Prestazione in caso di morte	9
2.1.1	Prestazione in caso di sopravvivenza	10
2.2	Prestazione in caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia	10
2.3	Prestazione in caso di inabilità temporanea totale da infortunio o malattia	10
2.4	Prestazione in caso di ricovero ospedaliero da infortunio o malattia	10
Art. 3	Requisiti di assicurabilità	10
Art. 4	Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio	11

Sezione 2 - Decorrenza, durata contrattuale e diritto di recesso

Art. 5	Decorrenza e durata	12
Art. 6	Diritto di recesso	13

Sezione 3 - Limiti di indennizzo, pagamento del premio e estinzione anticipata del finanziamento

Art. 7	Limiti di indennizzo	15
Art. 8	Pagamento del premio	15
Art. 9	Anticipata estinzione totale/parziale del contratto di finanziamento	15

Sezione 4 - Beneficiari delle prestazioni e denuncia del sinistro

Art. 10	Beneficiari delle prestazioni	19
Art. 11	Denuncia del sinistro	19
Art. 12	Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	20

Sezione 5 - Fiscalità, legge applicabile e conflitto di interessi

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

Sezione 6 - Assicurazione per la garanzia morte

1. Cosa è assicurato	24
Art. 27 Prestazioni assicurate	24
2. Cosa non è assicurato e limiti di copertura	24
Art. 28 Esclusioni, limitazioni e periodo di carenza	24
3. Cosa fare in caso di sinistro	25
Art. 29 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi	25

Sezione 7 - Assicurazione per invalidità permanente totale da infortunio

1. Cosa è assicurato	29
Art. 30 Prestazioni assicurate	29
Art. 31 Criteri di indennizzabilità	29
Art. 32 Indennizzo	30
2. Cosa non è assicurato e limiti di copertura	31
Art. 33 Esclusioni e limitazioni	31
3. Cosa fare in caso di sinistro	32
Art. 34 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi	32

Sezione 8 - Assicurazione per inabilità temporanea totale da infortunio o malattia

1. Cosa è assicurato	33
Art. 35 Prestazioni assicurate	33
Art. 36 Indennizzo	33
2. Cosa non è assicurato e limiti di copertura	34
Art. 37 Esclusioni e limitazioni	34
3. Cosa fare in caso di sinistro	34
Art. 38 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi	34
Art. 39 Denunce successive	35

Sezione 9 - Assicurazione per ricovero ospedaliero da infortunio malattia

1. Cosa è assicurato	36
Art. 40 Prestazioni assicurate	36
Art. 41 Indennizzo	36
2. Cosa non è assicurato e limiti di copertura	36
Art. 42 Esclusioni e limitazioni	36
3. Cosa fare in caso di sinistro	37
Art. 43 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi	37
Art. 44 Denunce successive	37



Informativa in materia di Protezione dei dati personali

38

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

ASSICURATO

Il soggetto persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti e i 74 anni non compiuti che ha stipulato un Contratto di Prestito Personale (Contratto di Finanziamento) e che ha aderito facoltativamente al Contratto di Assicurazione sottoscrivendo l'apposito Modulo di Adesione e pagando il premio.

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 del Contratto di Assicurazione durante il quale la garanzia non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

COMPAGNIA

- Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale): PiùVera Assicurazioni S.p.A. – Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A., con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano
- Per la copertura morte: PiùVera Protezione S.p.A. – Società soggetta a direzione e coordinamento 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 presso la quale è stato richiesto il Contratto di Finanziamento e che stipula i contratti collettivi di assicurazione con la Compagnia, per conto degli Assicurati.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si 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 da Infortunio, Perdita Involontaria d'Impiego, Servizio di Reinserimento professionale sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

CONVENZIONE ASSICURATIVA

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

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 non può essere superiore a 3 mesi. In applicazione delle Condizioni Generali del Contratto di Finanziamento in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, la durata o l'importo delle rate del Finanziamento possono essere modificate; le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguati automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

COOBBIGATO

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

COPERTURA ASSICURATIVA

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

DECORRENZA

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Contratto di Assicurazione a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del Finanziamento, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del Finanziamento.

DECESSO

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

DEBITO RESIDUO

Quanto residua in linea capitale, 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 e maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima rata scaduta fino al momento del decesso dell'Assicurato.

DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE (DUR)

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

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

DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

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

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 famigliari, 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 alle Coperture Assicurative 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.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute

nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 – “Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente – INDUSTRIA” (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativa alla presente Copertura Assicurativa. La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

IVASS

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

LETTERA DI BENVENUTO

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

MALATTIA

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

MARGINE DI SOLVIBILITÀ

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

MODULO DI ADESIONE

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

NON LAVORATORE

La persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

NORMALE ATTIVITÀ LAVORATIVA

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

PERIODO DI FRANCHIGIA ASSOLUTA

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Perdita Involontaria d'impiego, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, 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. 60080030000005 e n. 59.367, stipulate da AGOS DUCATO S.p.A., rispettivamente con PiùVera Assicurazioni S.p.A. e PiùVera Protezione S.p.A., disciplinate dalle Condizioni di Assicurazione, cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

PREAMMORTAMENTO

Periodo di durata massima pari a 3 mesi durante il quale il capitale assicurato iniziale rimane costante.

PREMIO

Le somme dovute alla Compagnia, a fronte delle Coperture Assicurative prestate. 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.

PREMIO PURO

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

QUESTIONARIO 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'Obligo 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 la garanzia Perdita Involontaria di impiego 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 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

Le condizioni per la **Variazione del Piano di Ammortamento**, qualora prevista dal Contratto di Finanziamento, sono le seguenti:

- **Posticipo del rimborso della rata:** detta facoltà può essere esercitata, a decorrere dalla settima rata, una volta per ogni anno solare di durata del Contratto di Finanziamento, con ridefinizione del piano di ammortamento, rimanendo però invariati i limiti di durata e di età.
- **Modifica dell'importo della rata:** detta facoltà può essere esercitata, a decorrere dalla settima rata, per un massimo di 12 volte all'anno nel corso di tutta la durata del Finanziamento (1 al mese), con ridefinizione del piano di ammortamento, rimanendo però invariati i limiti di durata e di età.



Condizioni di Assicurazione

PPI 4.0 – CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI (Altri Status)

Per informazioni generali sulla Polizza telefonare:

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

Contattabile telefonicamente dal lunedì al venerdì
dalle ore 08:00 alle ore 18:00

Sezione 1 – Oggetto, prestazioni e requisiti di assicurabilità

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte, invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, ricovero ospedaliero da infortunio o malattia dell'Assicurato per i sottoscrittori del Contratto di Finanziamento.

Art. 1 Garanzie

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

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

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

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

Art. 2 Prestazioni

Art. 2.1 Prestazione in caso di morte

L'Indennizzo è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale – al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie – alla data del decesso dell'Assicurato e maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima rata scaduta fino al momento del decesso dell'Assicurato.

In caso di liquidazione del sinistro da Invalidità Totale Permanente, nulla sarà più dovuto per la garanzia Caso Morte e il premio versato per la Copertura Morte resta acquisito dalla Compagnia.

Art. 2.1.1 Prestazione in caso di sopravvivenza

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

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

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

Art. 2.3 Prestazione in caso di inabilità temporanea totale da infortunio o malattia

Per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Finanziamento al momento del sinistro. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia 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 da Infortunio o Malattia insorta per causa diversa dalla precedente.

Art. 2.4 Prestazione in caso di ricovero ospedaliero da infortunio o malattia

In caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia perdurante oltre il Periodo di Franchigia assoluta di 4 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Contratto di Finanziamento al momento del sinistro; un ulteriore Indennizzo, pari alla rata mensile suddetta, sarà corrisposto per ciascun periodo di trenta giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero successivi alla scadenza del Periodo di Franchigia.

Art. 3 Requisiti di assicurabilità

Sono assicurabili tutte le persone fisiche che:

- abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massima di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi;
- abbiano un'età alla sottoscrizione del Finanziamento non inferiore a 18 anni, né superiore a 74 anni non compiuti;
- abbiano un'età, alla scadenza del Finanziamento, non superiore a 80 anni compiuti;
- non siano lavoratori dipendenti (o lavoratori subordinati) alle dipendenze e sotto la direzione di un datore di lavoro privato;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbiano sottoscritto – per finanziamenti di importo maggiore di 20.000,00 Euro – il Questionario Sanitario (in caso di più finanziamenti stipulati dallo stesso Assicurato, si prenderà come riferimento il loro cumulo).

SOMMA ASSICURATA PER ASSICURATO (*)	ETÀ ALL'ADESIONE DA 18 COMPIUTI A 74 ANNI NON COMPIUTI
Fino a € 20.000,00	Nessun accertamento sanitario
Da € 20.000,01 – Fino a € 80.000,00	Questionario Sanitario

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata l'importo è da intendersi comprensivo anche del premio dovuto per le presenti Coperture Assicurative.

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.

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

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

Art. 4 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

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

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze, 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 LA CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto per domandare l'annullamento dichiarando alla Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dinanzi indicato;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di trattenere il premio.

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

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

Le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, 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, la Contraente e gli Assicurati sono tenuti – quest'ultimi anche tramite la Contraente – a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia.

Sezione 2 – Decorrenza, durata contrattuale e diritto di recesso

Art. 5 Decorrenza e durata

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

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 della data in cui l'Assicurato stesso ha sottoscritto il Modulo di Adesione, sempre che sia stato pagato il premio unico e che l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di 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 non ha efficacia prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.

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

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

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

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

La durata delle Coperture Assicurative, relativa ai singoli assicurati, è espressa in mesi interi e coincide, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione, sempre con la durata del Contratto di Finanziamento, più l'eventuale periodo di preammortamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento) fermo restando un'età massima dell'Assicurato a scadenza della copertura pari a 80 anni compiuti.

L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.

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

- scadenza originaria del singolo Contratto di Assicurazione;
- esercizio del diritto di recesso;
- pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- estinzione anticipata totale o trasferimento (ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale) del Finanziamento originariamente stipulato.

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

MODIFICA DELLE PRESTAZIONI O DELLA DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE IN BASE AL NUOVO PIANO DI AMMORTAMENTO DEL FINANZIAMENTO

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 condizioni per la **Variazione del Piano di Ammortamento**, qualora prevista dal Contratto di Finanziamento, sono le seguenti:

- **Posticipo del rimborso della rata:** detta facoltà può essere esercitata, a decorrere dalla settima rata, una volta per ogni anno solare di durata del Contratto di Finanziamento, con ridefinizione del piano di ammortamento, rimanendo però invariati i limiti di durata e di età sotto riportati.
- **Modifica dell'importo della rata:** detta facoltà può essere esercitata, a decorrere dalla settima rata, per un massimo di 12 volte all'anno nel corso di tutta la durata del Finanziamento (1 al mese), con ridefinizione del piano di ammortamento, rimanendo però invariati i limiti di durata e di età sotto riportati.

Nel caso in cui l'Assicurato usufruisca dell'opzione "Posticipo del rimborso della rata", la durata delle Coperture Assicurative

si protrarrà per il periodo corrispondente ai mesi di allungamento del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento. Le prestazioni verranno adeguate automaticamente e l'Assicurato non dovrà corrispondere alcun premio aggiuntivo integrativo. **Nel caso in cui l'Assicurato usufruisca dell'opzione "Modifica dell'importo della rata"** con conseguente variazione della durata del Finanziamento, sia la durata che le prestazioni delle Coperture Assicurative verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento. Il premio pagato dall'Assicurato alla Data di Decorrenza non verrà integrato o rimborsato.

In ogni caso, come previsto all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ":

a) la durata delle Coperture Assicurative non potrà superare i 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento);

b) alla data di scadenza delle Coperture Assicurative l'Assicurato dovrà risultare di età inferiore o uguale a 80 anni.

Qualora l'allungamento della durata del Contratto di Finanziamento, comporti il superamento dei requisiti riportati ai punti a) e b), le Coperture Assicurative verranno estinte alla data di comunicazione del cambio del piano di ammortamento alla Compagnia. La parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, sarà restituito all'Assicurato, per il tramite della Contraente, calcolata con le formule riportate all'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE / PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO".

Negli altri casi di modifica del piano di ammortamento, non previsti dalle Condizioni Generali del Contratto di Finanziamento in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, le stesse resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

Art. 6 Diritto di recesso

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, 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 o dalla Data Iniziale, la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, entro 30 giorni dalla data di 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 e le imposte versate dalla Compagnia.**

DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI DAL QUINTO ANNO

A partire dal quinto anno successivo all'adesione, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 30 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 della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso oppure inviando alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:

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

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 con la formula seguente:

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

Dove:

- R = importo da rimborsare
- PDanni = Premio versato per le Coperture Danni al netto dei costi e delle imposte riproporzionato sulla base delle eventuali

estinzioni anticipate parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate

- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni anticipate parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data del recesso
- Cap_Iniziale= Importo assicurato iniziale riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni anticipate parziali già effettuate
- Debito_Residuo = debito residuo dell'Assicurato alla Data del recesso.

Dall'importo di rimborso determinato con la modalità sopra riportata, sono sottratte le spese amministrative pari a € 25,00.

Qualora l'importo risulti inferiore, non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimarrà commisurata alle condizioni previste.

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

Sezione 3 – Limiti di indennizzo, pagamento del premio e estinzione anticipata del finanziamento

Art. 7 Limiti di indennizzo

L'indennizzo non potrà superare:

- **in caso di Morte ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia:** l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia del presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.
- **in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia:** l'importo di Euro 1.500,00 mensili con il massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 24 indennizzi mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa;

In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 80.000,00 gli indennizzi (Morte ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia) saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

Art. 8 Pagamento del premio

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.

L'importo totale del premio unico è pari alla somma del premio per la Copertura Morte e del premio per le Coperture Danni.

Il premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni viene determinato applicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento (escluso l'eventuale periodo di preammortamento) – all'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento.

Di seguito i tassi di premio suddivisi per garanzia:

DURATA FINANZIAMENTO IN MESI	COPERTURA MORTE	COPERTURE DANNI (INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE – INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE – RICOVERO OSPEDALIERO) (*)
Da 6 a 60 mesi	2,87%	3,17%
Da 61 a 84 mesi	4,03%	4,20%
Da 85 a 180 mesi	6,11%	4,48%

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

Art. 9 Anticipata estinzione totale/parziale del contratto di finanziamento

ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o per Invalidità Totale Permanente) ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente, la Compagnia, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato e le Coperture assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento ovvero dalla data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente.

Dall'importo di rimborso determinato con la modalità sopra riportata, sono sottratte le spese amministrative pari a € 25,00. Qualora l'importo risulti inferiore, non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato. In alternativa l'Assicurato può

richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento.

La Contraente dovrà inviare alla Compagnia comunicazione dell'anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

L'importo del rimborso si determina sommando i risultati delle seguenti formulazioni:

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

Dove:

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

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

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato scelga di mantenere in vigore le Coperture Assicurative, ai fini della determinazione della prestazione assicurata il Debito residuo sarà ricostruito dalla Compagnia sulla base del piano di ammortamento del Finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dalla Compagnia al momento dell'anticipata estinzione totale o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

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

Calcolo rateo per Copertura Morte



ESEMPIO 1

N = 180 mesi K = 168 mesi

Tasso di ammortamento Contratto di Finanziamento = 5% Tasso di tariffa = 0,0611

Capitale Assicurato Iniziale = 80.000,00 Euro

PVita Lordo = 4.888,00 (pari a Capitale Assicurato Iniziale * Tasso di tariffa) Costi % = 55%

H = 2.688,40 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %))

PVita = 2.199,60 Euro (pari a PVita Lordo * (1 - Costi%))

Debito residuo = 7.389,95 Euro

Rimborso del premio puro = $[2.199,60 * ((180-168)/180) * 7.389,95/80.000,00] = 13,55$ Euro

Rimborso dei costi = $[2.688,40 * ((180-168)/180) * 7.389,95/7.389,95] = 179,23$ Euro

Importo del premio da rimborsare (al lordo delle spese amministrative) = 13,55 + 179,23 = 192,78 Euro



ESEMPIO 2

N = 180 mesi K = 120 mesi

Tasso di ammortamento Contratto di Finanziamento = 5% Tasso di tariffa = 0,0611

Capitale Assicurato Iniziale = 80.000,00 Euro

PVita Lordo = 4.888,00 (pari a Capitale Assicurato Iniziale * Tasso di tariffa) Costi % = 55%

H = 2.688,40 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %))

PVita = 2.199,60 Euro (pari a PVita Lordo * (1 - Costi%))

Debito residuo = 33.523,77 Euro

Rimborso del premio puro = $[2.199,60 * ((180-120)/180) * 33.523,77/80.000,00] = 307,25$ Euro

Rimborso dei costi = $[2.688,40 * ((180-120)/180) * 33.523,77/33.523,77] = 896,13$ Euro

Importo del premio da rimborsare (al lordo delle spese amministrative) = 307,25 + 896,13 = 1.203,38 Euro

Calcolo rateo per Coperture Danni**ESEMPIO 1**

Capitale Assicurato Iniziale = 80.000,00 Euro Costi % = 55%

H = 1.932,12 Euro

PDanni = 1.573,47 Euro PDanni Lordo = 3.584,00 Euro Debito residuo = 7.389,95 Euro

N = 180 mesi

K = 168 mesi

Rimborso del premio puro (al lordo delle spese amministrative) = $[1.573,47 * ((180-168)/180) * 7.389,95 / 80.000,00] + [1.932,12 * ((180-168)/180) * 7.389,95 / 7.389,95] = 137,90$ Euro

Importo premio da rimborsare (Vita e Danni):**ESEMPIO 1**

Importo Premio Vita da rimborsare: 192,78 Euro Importo Premio Danni da rimborsare: 137,90 Euro

Spese amministrative: € 25,00

Importo premio da rimborsare: $192,78 + 137,90 - 25,00 = 305,68$ Euro

ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Compagnia, per il tramite della, 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'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato.

Dall'importo di rimborso sono sottratte le spese amministrative pari a € 25,00. Qualora l'importo risulti inferiore, non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato.

In alternativa l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria del Contratto di Finanziamento.

La Contraente dovrà inviare alla Compagnia comunicazione dell'anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento.

Nei casi di allungamento della durata delle Coperture Assicurative disciplinati all'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA" che precede, la Compagnia non provvederà ad alcun rimborso di premio qualora l'anticipata estinzione 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:

Calcolo rateo per Copertura Morte**ESEMPIO 1**

N = 180 mesi K = 96 mesi

Tasso di ammortamento Contratto di Finanziamento = 5% Tasso di tariffa = 0,0611

Capitale Assicurato Iniziale = 80.000,00 Euro

PVita Lordo = 4.888,00 (pari a Capitale Assicurato Iniziale * Tasso di tariffa) Costi % = 55%

H = 2.688,40 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %))

PVita = 2.199,60 Euro (pari a PVita Lordo * (1 - Costi%)) Debito residuo = 44.760,08 Euro

Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di finanziamento = 15.000,00 Euro

Rimborso del premio puro = $[2.199,60 * ((180-96)/180) * 15.000,00 / 80.000,00] = 192,47$ Euro Rimborso dei costi = $[2.688,40 * ((180-96)/180) * 15.000,00 / 44.760,08] = 420,44$ Euro

Importo del premio da rimborsare (al lordo delle spese amministrative) = $192,47 + 420,44 = 612,91$ Euro



ESEMPIO 2

N = 180 mesi K = 72 mesi

Tasso di ammortamento Contratto di Finanziamento = 5% Tasso di tariffa = 0,0611

Capitale Assicurato Iniziale = 80.000,00 Euro

PVita Lordo = 4.888,00 (pari a Capitale Assicurato Iniziale * Tasso di tariffa) Costi % = 55%

H = 2.688,40 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %))

PVita = 2.199,60 Euro (pari a PVita Lordo * (1 - Costi%)) Debito residuo = 54.929,23 Euro

Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di finanziamento = 15.000,00 Euro

Rimborso del premio puro = $[2.199,60 * ((180-72)/180) * 15.000,00 / 80.000,00] = 247,46$ Euro

Rimborso dei costi = $[2.688,40 * ((180-72)/180) * 15.000,00 / 54.929,23] = 440,49$ Euro

Importo del premio da rimborsare (al lordo delle spese amministrative) = 247,46 + 440,49 = 687,95 Euro

Calcolo rateo per Coperture Danni



ESEMPIO 1

Capitale Assicurato Iniziale = 80.000,00 Euro Costi % = 55%

H = 1.932,12 Euro

PDanni = 1.573,47 Euro PDanni Lordo = 3.584,00 Euro

Debito residuo = 44.760,08 Euro

Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di finanziamento = 15.000,00 Euro

N = 180 mesi K = 96 mesi

Rimborso del premio puro (al lordo delle spese amministrative) = $[1.573,47 * ((180-96)/180) * 15.000,00 / 80.000,00] + [1.932,12 * ((180-96)/180) * 15.000,00 / 44.760,08] = 438,45$ Euro

Importo premio da rimborsare (Vita e Danni):



ESEMPIO 1

Importo Premio Vita da rimborsare: 612,91 Euro Importo Premio Danni da rimborsare: 438,45 Euro

Spese amministrative: € 25,00

Importo premio da rimborsare: 612,91 + 438,45 - 25,00 = 1.026,36 Euro

Sezione 4 – Beneficiari delle prestazioni e denuncia del sinistro

Art. 10 Beneficiari delle prestazioni

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

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

La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche e modifiche di essa e dell'eventuale referente terzo devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia. Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita. Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme, relative a tali polizze, fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

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

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

Art. 11 Denuncia del sinistro

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

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

- per la Garanzia Morte:

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

- per le Garanzie Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia):

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

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

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

Numero Verde 800 767 888
dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.30,
oppure dall'estero al numero +39 02 30548800;

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

Numero Verde 800 767 888
dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 17:30

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

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di

consulenti medici di fiducia della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.

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

Art. 12 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

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

Sezione 5 – Fiscalità, legge applicabile e conflitto di interessi

Art. 13 Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 14 Altre assicurazioni

Resta convenuto che le Coperture Assicurative possono cumularsi con altre assicurazioni prestate dalla Compagnia.

Art. 15 Imposte ed altri oneri fiscali

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

Art. 16 Documentazione da consegnare all'assicurato

La Contraente 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. 17 Legge applicabile

La legge applicabile è quella italiana.

Art. 18 Comunicazioni

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

Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o sede in Italia fatta dalla Contraente al momento della sottoscrizione. La Contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni alla Compagnia lo spostamento di residenza, di domicilio o di sede legale in un altro Stato dell'Unione Europea. In caso di inadempimento, la Contraente è responsabile per ogni eventuale danno causato alla Compagnia, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.

Art. 19 Cessione dei diritti

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

Art. 20 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 21 Foro competente

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

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dal D. Lgs. 4 marzo 2010, n. 28 come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

Art. 22 Clausola liberatoria

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

Art. 23 Controversie

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

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

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

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

Art. 24 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. 25 Conflitto di interessi

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet www.piuvera.it.

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

Art. 26 Sanzioni Internazionali

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

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

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

Dichiarazioni e Obblighi del Cliente

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

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

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

Sezione 6 – Assicurazione per la garanzia morte

Capitolo 1 – Cosa è assicurato

Art. 27 Prestazioni assicurate

Il presente Contratto di Assicurazione prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 81° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia della prestazione assicurata ai Beneficiari, fermo restando le limitazioni previste al successivo Art. 28 "ESCLUSIONI E PERIODO DI CARENZA".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie e maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima scadenza delle rate fino al momento del decesso dell'Assicurato.

La prestazione non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato e Sinistro, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" che precede, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.

In caso di estinzioni parziali del Contratto di Finanziamento che hanno generato restituzioni di quote di premio unico pagato e non goduto all'Assicurato, la prestazione assicurata è conseguentemente ridotta.

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.

Negli altri casi di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

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

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

Capitolo 2 – Cosa non è assicurato e limiti di copertura

Art. 28 Esclusioni, limitazioni e periodo di carenza

A) ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 27 "PRESTAZIONI ASSICURATE" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data Iniziale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;

- lo svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano causati da abuso di alcol, abuso od uso non terapeutico di psico- farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- sinistri causati da uso o abuso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre la Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 30 giorni dall'adesione dello stesso al contratto e sia dovuto a Malattia, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio unico versato.

Capitolo 3 – Cosa fare in caso di sinistro

Art. 29 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

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

1. **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono essere trasmesse alla Compagnia:
 - via email all'indirizzo e-mail: liquidazioni@piuvera-protezione.it;
 - in carta semplice, inviandola direttamente a PIÜVERA PROTEZIONE S.p.A., – Uffici Sinistri Vita – Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano – a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

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

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

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

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

3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO

Atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (redatta in conformità all'art. 21 c. 2 del D.P.R. 445/2000, cioè con firma autenticata da un pubblico ufficiale), da cui risulti la presenza o meno di testamento e contenente:

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

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

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

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

INOLTRE:

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

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

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

4. DOCUMENTAZIONE MEDICA:

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 autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, certificato di chiusura inchiesta emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico 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 dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.30, oppure dall'estero al numero +39 02 30548800.

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

MINORI/INTERDETTI/INCAPACI:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal tutore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia del Decreto del Giudice Tutelare** (ricorso e relativa autorizzazione) che autorizzi il tutore (esecutore) in nome e per conto dei minori/interdetti/incapaci a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato;
- copia di un **valido documento di identità e del codice fiscale del tutore (esecutore)**;
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del tutore (esecutore)**;
- **autorizzazione al trattamento dei dati personali** da parte del tutore (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

PRESENZA DI UN PROCURATORE:

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

BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ:

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

BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE:

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

IN CASO DI LIQUIDAZIONE IN SUCCESSIONE:

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

- la denuncia di successione o relativa integrazione, riportante a titolo di credito l'importo rinveniente dalla liquidazione della polizza;
- oppure
- la dichiarazione di esonero che potrà essere presentata unicamente dagli eredi in linea retta: nonni, genitori, coniuge e figli, con i seguenti limiti:
 - per decessi fino al 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 25.822,84;
 - per decessi dal 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 100.000,00.

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

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

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

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi alla Contraente, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare la Compagnia al numero verde 800 767 888 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.30), oppure dall'estero al numero +39 02 30548800 o all'indirizzo e-mail: liquidazioni@piuvera-protezione.it.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

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

Sezione 7 – Assicurazione per invalidità permanente totale da infortunio

Capitolo 1 – Cosa è assicurato

Art. 30 Prestazioni assicurate

Nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia pari o superiore al 66% della totale, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 32 "INDENNIZZO" qualora:

- **l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace** ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA";
- **l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 24 mesi** dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'ha provocata;
- **la Compagnia abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni** per il pagamento a favore dell'Assicurato dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 32 "INDENNIZZO";
- **il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33 "ESCLUSIONI";**
- **l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri** di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO".

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

Art. 31 Criteri di indennizzabilità

Infortunio:

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

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente, l'indennizzo corrisposto è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili, che siano conseguenza dell'infortunio ed indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

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

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

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi. Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancino, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

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

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

Malattia:

La Compagnia corrisponde all'Assicurato la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia Denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative preesistenti. Nel corso della durata contrattuale le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa. La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di denuncia della Malattia.

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

Art. 32 Indennizzo

L'Indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Copertura, è pari al debito residuo in linea capitale, alla data della relazione del medico legale che attesti l'Invalidità Totale Permanente, così come calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del Contratto di Finanziamento al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

Gli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data della relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data di comunicazione di tale evento, saranno rimborsati dalla Compagnia fino ad un massimo di due mesi di interessi. Si precisa che il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio. **L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 80.000,00, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO". Tale limite è da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero coperti con lo stesso prodotto della Compagnia.**

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, la durata delle Coperture Assicurative si protrarrà per il periodo corrispondente ai mesi di allungamento del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento. Le prestazioni verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

Negli altri casi di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio

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

Diritto all'indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia in caso di morte

In caso di decesso dell'Assicurato prima che l'indennizzo da Invalidità Totale Permanente da Infortunio sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi dell'Assicurato:

- l'importo già concordato
- oppure, in mancanza,
- l'importo offerto
- oppure, se non vi è ancora stata l'offerta
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia con le modalità e nei termini stabiliti dalle Condizioni di Assicurazione di cui alla presente Sezione VII) "Assicurazione per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia". A tal fine, andrà fornita alla Compagnia la documentazione attestante la stabilizzazione in vita dei postumi permanenti invalidanti, corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica e, in caso di ricovero, la cartella clinica.

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

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

Capitolo 2 – Cosa non è assicurato e limiti di copertura

Art. 33 Esclusioni e limitazioni

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

- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- 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;
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- etilismo, stato di ebbrezza, ubriachezza, infortuni causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti temerari ferma restando la copertura per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di solidarietà
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- da stato di guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missioni di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'Aeronautica militare, nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato, 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, nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- lo svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- infezione da virus HIV, sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, anche transitoria, dallo stesso procurato;
- malattie tropicali o epidemiche;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

Capitolo 3 – Cosa fare in caso di sinistro

Art. 34 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

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

- telefonando

Numero Verde 800 767 888
dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 17:30,
oppure dall'estero al numero +39 02 30548800

- facendo una denuncia scritta nelle modalità di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" a:

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

entro 60 giorni dalla data dell'incidento o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente da Infortunio deve essere allegata alla Denuncia di cui sopra, la seguente documentazione:

- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'incidento che ha determinato l'invalidità permanente;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- dichiarazione della Contraente 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.

Sezione 8 – Assicurazione per inabilità temporanea totale da infortunio o malattia

Capitolo 1 – Cosa è assicurato

Art. 35 Prestazioni assicurate

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 36 "INDENNIZZO" qualora:

- **l'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace** ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA";
- **il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni** successivo alla Data di decorrenza;
- **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui al successivo Art. 37 "ESCLUSIONI";
- **l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri** di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DEL SINISTRO".

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" 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.

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro è sottoposta:

- **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.** L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa;
- **ad un Periodo di Carenza di 30 giorni:** qualora l'Inabilità Temporanea e Totale venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.

Art. 36 Indennizzo

L'Indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Copertura, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla Rata mensile comprensiva di capitale ed interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.

L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 1.500,00 come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

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, la durata delle Coperture Assicurative si prolungherà per il periodo corrispondente ai mesi di allungamento del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento. Le prestazioni verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

Negli altri casi di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

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

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

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

Capitolo 2 – Cosa non è assicurato e limiti di copertura

Art. 37 Esclusioni e limitazioni

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

- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, anche transitoria, dallo stesso procurato;
- etilismo, stato di ebbrezza, alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti temerari ferma restando la copertura per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di solidarietà;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed l'infortunio;
- lo svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

Capitolo 3 – Cosa fare in caso di sinistro

Art. 38 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

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

- telefonando al

Numero Verde 800 767 888
attivo dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 17.30,
oppure dall'estero al numero +39 02 30548800;

- facendo una denuncia scritta nelle modalità di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" a:

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

entro 60 giorni dall'infortunio o dall'inizio della malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C. C.. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

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

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della Rata mensile del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione 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.

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.**

Art. 39 Denunce successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, **nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, oppure di 90 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.**

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

Sezione 9 – Assicurazione per ricovero ospedaliero da infortunio malattia

Capitolo 1 – Cosa è assicurato

Art. 40 Prestazioni assicurate

Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 41 "INDENNIZZO" qualora:

- il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 42 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

Art. 41 Indennizzo

L'Indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Ricovero da Infortunio o Malattia e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento. L'Indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 1.500,00 come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

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

Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia assoluta pari a 4 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia di Assicurazione è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

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

Capitolo 2 – Cosa non è assicurato e limiti di copertura

Art. 42 Esclusioni e limitazioni

La garanzia Ricovero Ospedaliero non è operante nei seguenti casi:

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, palombaro, sommergebilista, pilota/membro di equipaggio di

- aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

Capitolo 3 – Cosa fare in caso di sinistro

Art. 43 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

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

- telefonando al

Numero Verde 800 767 888
attivo dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 17.30,
oppure dall'estero al numero +39 02 30548800;

- facendo una denuncia scritta nelle modalità di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" a:

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

entro 60 giorni dall'infornuto o dall'inizio della malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C. C..

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

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

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

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il 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 di Assicurazione stessa.

Art. 44 Denunce successive

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



Informativa in materia di Protezione dei dati personali

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 E S.M.I. (di seguito REG. UE) – Mod. Danni 600800 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-assicurazione@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.

b) Invio diretto di comunicazioni commerciali via e-mail relative a prodotti o servizi del Titolare analoghi a quelli acquistati, c.d. "soft spam".

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 promozione via e-mail di prodotti o servizi analoghi rispetto agli acquisti dell'interessato a norma dell'art. 130, comma 4 del D. Lgs. 196/2003 s.m.i. (cd. "soft spam"), comunicazioni che verranno inviate all'indirizzo e-mail fornito dal cliente in sede di stipula della polizza.

Il conferimento dei dati per questa finalità è facoltativo e resta fermo il suo diritto di opporsi in ogni momento a tale trattamento, agevolmente e gratuitamente, coi modi indicati nella sezione "Diritti dell'interessato" della presente informativa e/o con quelli indicati all'interno delle comunicazioni commerciali che Le saranno di volta in volta inviate;

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, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo DPOpiuvera-assicurazione@legalmail.it.

I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

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

6. Modalità di trattamento

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

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

7. Trasferimento dei Dati all'estero

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

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 o 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.

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;

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 I.r.p.t.



Informativa in materia di Protezione dei dati personali

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 E S.M.I. (di seguito REG. UE) – Mod.Vita 700800 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 la verifica dei requisiti assuntivi per l'emissione del contratto e la quotazione del relativo premio, la liquidazione delle prestazioni, etc.) e dei relativi adempimenti normativi (quali ad esempio la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti, gli adempimenti in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo, la tenuta dei registri assicurativi, la gestione all'Area Riservata del sito internet della Società e la gestione dei reclami).

In relazione a tali 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 contatto assicurativo.

b) Invio diretto di comunicazioni commerciali via e-mail relative a prodotti o servizi del Titolare analoghi a quelli acquistati, c.d. "soft spam".

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 promozione via e-mail di prodotti o servizi analoghi rispetto agli acquisti dell'interessato a norma dell'art. 130, comma 4 del D. Lgs. 196/2003 s.m.i. (cd. "soft spam"), comunicazioni che verranno inviate all'indirizzo e-mail fornito dal cliente in sede di stipula della polizza.

Il conferimento dei dati per questa finalità è facoltativo e resta fermo il suo diritto di opporsi in ogni momento a tale trattamento, agevolmente e gratuitamente, coi modi indicati nella sezione "Diritti dell'interessato" della presente informativa e/o con quelli indicati all'interno delle comunicazioni commerciali che Le saranno di volta in volta inviate.

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.

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 i., ecc; Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, Enti previdenziali

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 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 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.

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, ogniqualvolta 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

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 o 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.

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;

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 I.r.p.t.

**“PPI 4.0” - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI PERSONALI - TARIFFA CPAU
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA
POLIZZE COLLETTIVE n° 60080030000010 PIU' VERA ASSICURAZIONI S.p.A. – n° 59.373 PIU' 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 €; le provvigioni percepite dall'Intermediario sono pari a €
 ovvero il 50% del premio imponibile.
 Spese amministrative di rimborso del premio pari a 25,00 €.

BENEFICIARI

BENEFICIARI COPERTURE DANNI

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

BENEFICIARI COPERTURA CASO MORTE

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

AVVERTENZA:

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

☐ **Beneficiario nominativo:**

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

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

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

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

▣ **Referente terzo:**

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

Cognome/Ragione sociale

Nome

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono

E-mail

Indirizzo

Località

CAP

Provincia

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

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

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

Il sottoscritto Assicurato:

- **prende atto** che Agos Ducato ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
 - a 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,
 - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia,
 - Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattiain 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 della Compagnia 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 81esimo 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. 31 CRITERI DI INDENNIZZABILITA' delle Condizioni di Assicurazione;
- **dichiara** di essere a conoscenza dei requisiti di assicurabilità riportati all'Art. 3 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 dalla Compagnia, 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
 - Email
- Qualora il contratto venga sottoscritto con firma elettronica avanzata, sarà redatto in un unico esemplare. L'Assicurato prende atto che in tal caso la trasmissione di copia dello stesso avrà luogo all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, fatta salva la facoltà dell'Assicurato di richiedere e ottenere copia cartacea della documentazione stessa.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

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

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

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

Art. 5: "Decorrenza e durata"; Art. 19: "Cessione dei diritti"; Art. 23: "Controversie"; Art. 11-29-34-38-43: "Denuncia del sinistro ed obblighi relativi".

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

ADEGUATA VERIFICA

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

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

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

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

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

DATA _____

AGOS DUCATO

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

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'Obligo 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 ricevute da PIU' VERA ASSICURAZIONI S.p.A. il mod. 600800 06/2025 e da PIU' VERA PROTEZIONE S.p.A. il mod. 700800 06/2025, il sottoscritto, con la sottoscrizione presta esplicito consenso al trattamento dei dati personali e particolari anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa (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 _____

TITOLARE EFFETTIVO

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

i criteri di cui agli articoli 20 e 22, comma 5, del decreto antiriciclaggio, in quanto compatibili, si applicano per individuare il titolare effettivo anche nei casi in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o effettua un'operazione oppure il beneficiario siano i. società, anche di persone, ii. altri soggetti giuridici privati, anche se con sede all'estero, iii. trust espressi, indipendentemente dal relativo luogo di istituzione e dalla legge ad essi applicabile;"

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

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

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

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

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

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

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

Gentile Cliente,

con l'obiettivo di eliminare ogni forma di pregiudizio o disparità di trattamento, la Legge 07 Dicembre 2023 n. 193 e s.m.i. introduce nuove disposizioni in materia di parità di trattamento, non discriminazione e garanzia del diritto all'oblio delle persone guarite da patologie oncologiche.

In particolare, la Legge e s.m.i istituisce il «diritto all'oblio oncologico», ossia il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica, di non fornire informazioni né di subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, il cui trattamento attivo, terapeutico e di controllo abbia avuto conclusione da più di 10 anni o 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età e di un anno in alcuni specifici casi previsti con Decreto del 22 Marzo 2024 (contenente patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto alla Legge n.193/2003). Inoltre, nei casi di cui sopra, non è permesso alla Compagnia richiedere l'effettuazione di visite mediche, di controllo o accertamenti sanitari nelle ipotesi di stipulazione o rinnovo di contratti relativi a servizi assicurativi.

L'elenco delle patologie oncologiche per le quali è possibile applicare i termini inferiori potrà essere rivisto entro il 31/12 di ogni anno.

Le suddette informazioni non possono essere acquisite neanche da fonti diverse dal cliente e, qualora siano già in possesso della Compagnia o di Intermediari, non possono essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

La Compagnia La informa, pertanto, che nei casi in cui per la conclusione o rinnovo di contratti di assicurazione vengano richieste dichiarazioni sullo stato di salute, l'assicurando/assicurato non è tenuto, nei termini indicati, a fornire alcun dato relativo ad eventuali patologie oncologiche dalle quali è guarito.

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni 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 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 alla Compagnia, 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. La Compagnia 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 cervello: Ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma dei vasi arteriosi cerebrali	☐ Sì ☐ No
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	☐ Sì ☐ No
Malattie cardiovascolari: Ischemia miocardica (insufficienza delle coronarie), infarto miocardico, difetti delle valvole cardiache, ipertensione non controllata dalla terapia o cardiopatia ipertensiva, aneurismi dei vasi arteriosi.	☐ 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	☐ Sì ☐ No
Malattie gastroenterologiche: Cirrosi epatica, colite ulcerosa o morbo di Crohn	☐ Sì ☐ No
Malattie dell'apparato urinario: Nefriti, insufficienza renale cronica in dialisi	☐ 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
2. Le è mai stata riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS 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. Negli ultimi 5 anni, è mai stato ricoverato/a o è stata in cura per dipendenza da alcool o da sostanze stupefacenti?	☐ 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. e di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 05913510961, Partita I.V.A. di Gruppo 02886700349 – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento Isvap n. 2709 del 12 Giugno 2009 G.U. N. 268 del 17 Novembre 2005) – Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. Appartenente al "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n.057 – Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A. – e facente parte del "Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia".

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 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".