

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

## Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza collettiva ad adesione facoltativa che assicura il rischio di Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, rivolta alle Persone fisiche che sottoscrivano un Contratto di Prestito Personale con AGOS DUCATO S.p.A. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento all'adesione alla polizza collettiva che copre il rischio Morte prestata da Vera Protezione S.p.A..



### Che cosa è assicurato?

Le persone fisiche che sottoscrivano con Agos Ducato S.p.A. un Contratto di Finanziamento (Prestito Personale) e che aderiscano facoltativamente al Programma Assicurativo, per le seguenti garanzie:

- ✓ Invalità 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, al momento del sinistro;
- ✓ Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia  
E' 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.

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: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 24 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto.



### 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 siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- ✗ non abbiano un'età compresa tra 18 e i 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- ✗ alla data di scadenza del finanziamento risultino di età superiore a 75 anni;
- ✗ non abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione e non abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, compilato la documentazione medica necessaria (Questionario Sanitario/Rapporto di Visita Medica).



### Ci sono limiti di copertura?

Limitatamente alle coperture assicurative assunte con Questionario Sanitario:

- ! seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o già verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Sanitario, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Invalidità Permanente rispettivamente da malattia o Infortunio pari o superiore al 20%;
- ! malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Sanitario per i quali dovesse risultare che, nei dieci anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi o si sia sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure;
- ! trapianti d'organo (esclusi di cornea) per i quali dovesse altresì risultare che, nei dieci anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato si sia sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure nei dieci anni precedenti la sottoscrizione dello stesso.

Limitatamente alle coperture assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica:

- ! seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
- ! seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio

La garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia prevede un Periodo di Carenza (ovvero di non operatività iniziale della garanzia) pari a 30 giorni ed una Franchigia assoluta pari a 60 giorni.



### Dove vale la copertura?

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.



### Che obblighi ho?

#### All'inizio del contratto

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

Qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Impresa di Assicurazione, 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 all'Impresa di Assicurazione, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

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

- darne tempestiva denuncia alla Impresa di Assicurazione, 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, all'Impresa di Assicurazione.
- 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 dell'Impresa di Assicurazione 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 sempre finanziato da Agos Ducato S.p.A. con conseguente incremento dell'importo erogato del Finanziamento.

Il pagamento del premio all'Impresa di Assicurazione 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).

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 (specificare) che non può essere superiore a 3 mesi.



### Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può:

- a) recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza;
- b) recedere a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla data di decorrenza, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.
- c) scegliere di cessare la copertura, in caso di anticipata estinzione totale del finanziamento, ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed Agos Ducato S.p.A..

Per recedere l'Assicurato può recarsi presso la filiale di Agos Ducato S.p.A. ove è stata accesa la copertura assicurativa oppure inviare apposita comunicazione all'Impresa di Assicurazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

# Vera Assicurazioni S.p.A. Vera Protezione S.p.A.

**CPI TRIS**

**CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO  
ABBINABILE AI PRESTITI PERSONALI  
TARIFFA CPAI**

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

**IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:**

- Nota Informativa per la Copertura Caso Morte;
- Nota Informativa per le Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa in materia di Protezione dei Dati Personali;
- Modulo di Adesione;

**DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL  
MODULO DI ADESIONE**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA**

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

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

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

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

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019



## 1. NOTA INFORMATIVA (Copertura Caso Morte)

### CPI TRIS - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI

- **Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 59.366**

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

Vera Protezione S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni, ha sede legale e direzione generale in Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

Numero di telefono: 800341292 – sito internet: [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it).

Indirizzo di posta elettronica:

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

Vera Protezione S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP nr. 2709 del 12/6/2009. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 019.

### 2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Vera Protezione S.p.A. è pari a Euro 76.335.317,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 47.500.000,00 (i.v.), le Riserve Patrimoniali a Euro 8.191.371,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio dell'Impresa stessa è pari al 315%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1260%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizioni Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa.

## B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

### 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con Vera Protezione S.p.A. non è necessario, pertanto, la sua sottoscrizione al fine di ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.

La presente copertura caso morte è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alle Coperture invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale prestate da Vera Assicurazioni S.p.A.

La prestazione in caso di decesso, indicata di seguito è operante per tutta la Durata della Copertura Assicurativa intendendosi per tale l'arco di tempo che intercorre tra la Data di decorrenza e la Data di scadenza della Copertura Assicurativa.

La durata della Copertura Assicurativa 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.

La durata del Contratto di Finanziamento è comunicata all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

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.

**Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 5 - DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" delle Condizioni di Assicurazione.**

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente l'Intermediario che ha erogato il Finanziamento;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata è pari all'importo totale del Finanziamento richiesto.

Il Contratto di Assicurazione prevede, nella presente Nota Informativa, la seguente prestazione assicurativa:

- prestazione in caso di Decesso

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, l'Impresa di Assicurazione liquida al Beneficiario la prestazione assicurativa pari al Debito residuo in linea capitale alla data del Decesso dell'Assicurato al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

La prestazione assicurativa verrà corrisposta previa comunicazione documentata della Contraente.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 25 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

**L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato; limite complessivo per Assicurato anche in caso di intestazione di più Finanziamenti assicurati. Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" delle Condizioni di Assicurazione.**

**La presente garanzia viene prestata:**

- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 26 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;
- per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.

**L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute del Modulo di Adesione relative alle dichiarazioni dell'Assicurato ai fini dell'efficacia della Copertura Assicurativa.**

#### **4. PREMI**

La Copertura Assicurativa viene prestata dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato, determinato moltiplicando il tasso – in base

alla durata del Contratto di Finanziamento (escluso l'eventuale periodo di preammortamento) - per l'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento. Tale premio, viene versato all'Impresa di Assicurazione 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 all'Impresa di Assicurazione.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al:

- per Finanziamenti con durata da 6 mesi a 120 mesi: 55% del Premio unico versato. La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 90,91% del costo stesso;
- per Finanziamenti con durata da 121 mesi a 180 mesi: 45% del Premio unico versato. di cui la quota parte percepita in media dall'intermediario è pari all'88,89% del costo stesso.

A titolo esemplificativo considerando un Finanziamento di durata 60 mesi, per un Premio Unico di Euro 1.000,00, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 550,00 di cui Euro 500,00 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

**In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non avvenuta in seguito a liquidazione della prestazione in caso di decesso o di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - garanzia prestata da Vera Assicurazioni S.p.A. -, ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e il Contraente, l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato – entro 30 giorni - , per il tramite della Contraente la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza della Copertura Assicurativa ovvero, in caso di anticipata estinzione parziale, la parte di premio corrispondente all'importo del finanziamento rimborsato sempre rispetto alla data di scadenza della Copertura Assicurativa.**

**Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale/parziale del Finanziamento ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e il Contraente, in alternativa al rimborso del premio, l'Assicurato può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale.**

**In quest'ultimo caso, la Copertura Assicurativa resterà commisurata al piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.**

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

Di seguito si riporta un esempio di calcolo del rateo di premio che verrà rimborsato all'Assicurato in caso di estinzione parziale o totale della Copertura:

$$R=(PVita*((N-K)*(N-K+1)) / (N*(N+1))+H*(N-K) / N)*Cap\_Estinto/DR$$

Decorrenza delle coperture assicurative		01/10/2017
Scadenza delle coperture assicurative		01/10/2025
Finanziamento richiesto		€ 30.000,00
Capitale assicurato (comprensivo del Premio Totale)		€ 32.505,00

Data Estinzione Anticipata		15/03/2019
Durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)	<b>N</b>	96
Mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla data di anticipata estinzione	<b>K</b>	17
<b>TASSO PREMIO</b>		<b>5,34%</b>
PREMIO		€ 1.602,00
<b>Costi sul premio imponibile in valore assoluto</b>	<b>H</b>	<b>€ 881,10</b>
Provvigioni		€ 801,00
Spese di gestione		€ 80,10
<b>Premio versato al netto dei costi</b>	<b>PVita</b>	<b>€ 720,90</b>
<b>Debito Residuo</b>	<b>DR</b>	<b>28.462,04</b>
<b>ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE</b>		
Capitale Estinto	<b>Cap_Estinto</b>	€ 5.000,00
<b>Importo da rimborsare</b>	<b>R</b>	<b>€ 213,33</b>
di cui Premio puro		€ 85,95
di cui spese		€ 127,38
<b>ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE</b>		
Capitale Estinto	<b>Cap_Estinto</b>	€ 28.462,04
<b>Importo da rimborsare</b>	<b>R</b>	<b>€ 1.214,34</b>
di cui Premio puro		€ 489,27
di cui spese		€ 725,07

(\*) il debito residuo è stato calcolato ipotizzando un tasso di ammortamento del 10%

## C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

### 5. COSTI

#### 5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO

##### 5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

**SPESE DI EMISSIONE:** l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa di emissione.

**COSTO PERCENTUALE:** il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel Tasso di Premio è pari alle seguenti percentuali:

DURATA FINANZIAMENTO IN MESI	COSTO %
Da 6 mesi a 120 mesi	55%
Da 121 mesi a 180 mesi	45%

Il costo è calcolato sul Premio unico versato.

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

\*\*\*

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte del costo sopra riportato percepita dall'Intermediario:

Quota-parte del costo retrocessa all'Intermediario
90,41%

## **6. SCONTI**

**Non sono previsti sconti.**

## **7. REGIME FISCALE - LEGALE**

### **7.1 IMPOSTE SUI PREMI**

I premi di Assicurazione sulla Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

### **7.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI**

Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.

Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:

- 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 l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

### **7.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE**

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa, le somme corrisposte in dipendenza del Contratto in caso di Decesso dell'Assicurato non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986.

### **7.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

Ai sensi dell'Art.1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di Decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e sono esenti da imposte di successione.

### **7.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ**

Ai sensi dell'Art.1923 del Codice Civile le somme in dipendenza di Contratti di Assicurazione non sono né pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

## **D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

### **8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del Finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto dal Programma Assicurativo e sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione.

Successivamente la Contraente provvede ad inviare, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, all'Assicurato una Lettera di Benvenuto.

Per maggiori dettagli relativi alla data di decorrenza del Contratto e all'efficacia della Copertura Assicurativa si rimanda alla lettura dell'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" delle Condizioni di Assicurazione.

### **9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

La Copertura Assicurativa cessa al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- a) decesso dell'Assicurato;
- b) accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato nell'ambito dell'abbinata Copertura di Invalidità Totale Permanente prestata dall'Impresa di Assicurazione Vera Assicurazioni S.p.A.;
- c) alla data di scadenza del Contratto di Finanziamento;
- d) esercizio del diritto di recesso;
- e) anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- f) annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte dell'Impresa di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" e dell'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

### **10. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI**

**La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto di Assicurazione e non prevede la concessione di prestiti.**

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

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

In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona.

Il premio 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 potrà essere direttamente rimborsato allo stesso, dall'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente.

## **12. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI PRESCRIZIONE**

### **12.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dai Beneficiari, i quali potranno compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro scaricabile dal sito internet [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it). La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata all'Impresa di Assicurazione al seguente indirizzo: Vera Protezione S.p.A. - Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona.

**Per una più veloce gestione della liquidazione è opportuno fornire un numero di telefono o un indirizzo e-mail di contatto. Per ulteriori informazioni in merito alla documentazione da produrre è possibile contattare il numero verde 800.341292.**

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia.

L'Impresa di Assicurazione esegue il pagamento della prestazione entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa.

Per un maggior dettaglio sulla documentazione da consegnare all'Impresa di Assicurazione, necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto, si rimanda allo specifico Art. 27 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" delle Condizioni di Assicurazione.

**Si richiama l'attenzione dell'Assicurato affinché sia sua cura portare i Beneficiari a conoscenza della designazione, mettendoli inoltre nelle condizioni di produrre la documentazione richiesta dall'Impresa.**

### **12.2 PRESCRIZIONE**

Ai sensi del secondo comma dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dai Contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. L'Impresa di Assicurazione, in base alla Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

## **13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05) al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

## **14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Il Contratto, ogni documento ad esso allegato nonché tutte le comunicazioni in corso di Contratto sono redatti in lingua italiana.

Le Parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

## **15. RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione

Vera Protezione S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona *indirizzo e mail* [reclami@veraprotezione.it](mailto:reclami@veraprotezione.it).

I reclami riguardanti invece il comportamento dell'intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati per iscritto all'intermediario Agos Ducato S.p.A. - Gestione Reclami -Via

Bernina 7 - 20158 Milano - E-mail: [info@pec.agosducato.it](mailto:info@pec.agosducato.it) , che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione.

I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati all'Impresa, o viceversa, saranno trasmessi senza ritardo dall'uno all'altro, dandone contestuale notizia al reclamante.

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

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06/42133.353/745 Numero Verde 800-486661

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito dell'Impresa di Assicurazione, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di Assicurazione ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

## **16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto all'Assicurato, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare all'Assicurato stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto stesso.

Per l'aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di Assicurazione, di cui al punto 2. "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA", si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it).

Inoltre, sempre sul sito [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it), è disponibile un'Area Clienti che offre la possibilità all'Assicurato di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto.

Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Assicurato riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso.

Tramite l'Area Clienti l'Assicurato può consultare ad esempio le Condizioni Contrattuali, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

## **17. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

Le comunicazioni dell'Assicurato possono essere fatte pervenire, oltre che direttamente all'Impresa di Assicurazione mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona anche alla Contraente presso cui è appoggiato il Contratto di Assicurazione.

## **18. CONFLITTO DI INTERESSI**

Il presente contratto è un prodotto di Vera Protezione S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni, in quanto partecipata al 100% da Vera Assicurazioni, che è a sua volta partecipata al 65% da Cattolica Assicurazioni – Società Cooperativa e al 35% da Banco BPM S.p.A..

Vera Protezione S.p.A. è una Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Verona, facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019.

Il prodotto viene distribuito da AGOS DUCATO S.p.A., Società partecipata da Banco BPM S.p.A..

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta. L'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

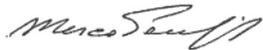
L'impresa di Assicurazione, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

\* \* \* \*

***Vera Protezione S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.***

**Il rappresentante legale**

**Marco Passafiume**



Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018



## 2. NOTA INFORMATIVA (Copertura Danni)

### CPI TRIS - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI

- **Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia - Polizze Collettive nr. 3591**

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

Vera Assicurazioni S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni, ha sede legale e direzione generale in Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

Numero di telefono: 045/8392777 – sito internet: [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)

Indirizzo di posta elettronica:

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

Vera Assicurazioni S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 9/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi presso Ivass al n. 0019.

### 2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Vera Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 98.421.227,00 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 3.036.711,00 di Riserve Patrimoniali.

L'**indice** di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Impresa stessa è pari al 372%.

L'**indice** di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1312%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizioni Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa di Assicurazione.

## B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

**Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo e le Coperture Assicurative cessano nei casi previsti all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.**

**Le presenti Coperture sono sottoscrivibili esclusivamente in abbinamento alla Copertura Morte prestata da Vera Protezione S.p.A.**

**Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo e le Coperture Assicurative cessano nei casi previsti all'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" delle Condizioni di Assicurazione.**

Le prestazioni, indicate di seguito sono operanti per tutta la Durata delle Coperture Assicurative intendendosi per tale l'arco di tempo che intercorre tra la Data di decorrenza e la Data di scadenza delle Coperture Assicurative.

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 che non può essere superiore a 3 mesi).

La durata del Contratto di Finanziamento è comunicata all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

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.

**Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 5 - DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" delle Condizioni di Assicurazione.3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI**

**La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con Vera Assicurazioni S.p.A. non è necessario, pertanto, la sua sottoscrizione al fine di ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.**

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente l'Intermediario che ha erogato il Finanziamento;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata è pari all'importo totale del Finanziamento richiesto.

Il Contratto di Assicurazione, nella presente Nota Informativa, prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia
- prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

**PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, l'Impresa di Assicurazione liquida all'Assicurato la prestazione assicurata pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 28 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

**L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche in caso di intestazione di più Finanziamenti assicurati. Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" delle Condizioni di Assicurazione**

**La presente garanzia viene prestata:**

- solo in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica;

- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 31 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.**

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di massimali, scoperti e franchigie:

CASI ESEMPLIFICATIVI	POTENZIALE LIQUIDAZIONE	MOTIVAZIONE
Capitale finanziato: ad es. 80.000 Euro	Capitale residuo al momento dell'invalidità permanente da malattia o da infortunio: ad es. 50.000 Euro	Franchigia di polizza: la liquidazione del capitale residuo (ad es. 50.000 Euro) sarà riconosciuta qualora i postumi da invalidità permanenti saranno valutati pari o superiori al 66%
Postumi da invalidità permanente valutati 70%	Liquidazione di 50.000 Euro	Postumi superiori a 66%
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Postumi inferiori a 66%

#### PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa **con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 24 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 33 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

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

- **ad un Periodo di Carenza di 30 giorni;**
- **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.**

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 saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

**La presente garanzia viene prestata:**

- **senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 35 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.**

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di massimali, scoperti e franchigie:

CASI ESEMPLIFICATIVI	POTENZIALE LIQUIDAZIONE	MOTIVAZIONE
----------------------	-------------------------	-------------

Rata mensile da rimborsare: ad es. 2.100 Euro	Rata massima mensile liquidabile = 2.000 Euro, trascorsi i 60 giorni di franchigia.	
Decorrenza copertura: 01.01.2018 Data del sinistro (primo giorno di inabilità): 15.01.2018	Nessuna	Non è terminato il periodo di carenza di 30gg dalla decorrenza della copertura.
Decorrenza copertura: 01.01.2018 Data del sinistro (primo giorno di inabilità): 01.03.2018 Durata dell'inabilità: 45gg	Nessuna	L'inabilità decorre dopo il periodo di carenza; tuttavia la durata dell'inabilità non supera i 60gg consecutivi di franchigia.
Decorrenza copertura: 01.01.2018 Data del sinistro (primo giorno di inabilità): 01.03.2018 Durata dell'inabilità: 100gg	1 rata – massimo Euro 2.000.	La rata mensile viene indennizzata ogni volta che trascorrono 30 giorni consecutivi di inabilità totale superata la soglia di franchigia di 60 giorni. In questo caso, verrà indennizzata una sola rata.

#### **4. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – NULLITA'**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile come previsto all'Art. 5 "DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO" delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA** Prima di sottoscrivere il Modulo di Adesione, comprensivo del Questionario Sanitario per i prestiti superiori a €20.000,00, l'Assicurato dovrà verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni rese in essi contenute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione, nonché determinare la cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

#### **5. PREMI**

Le Coperture Assicurative vengono prestate dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato, determinato moltiplicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento (escluso l'eventuale periodo di preammortamento) - per l'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento. Tale premio, viene versato all'Impresa di Assicurazione 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 all'Impresa di Assicurazione.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari alle seguenti percentuali:

- per Finanziamenti con durata da 6 mesi a 120 mesi: 55% del Premio unico versato. La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 90,91% del costo stesso;
- per Finanziamenti con durata da 121 mesi a 180 mesi: 45% del Premio unico versato. di cui la quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 88,89% del costo stesso.

A titolo esemplificativo considerando un Finanziamento di durata 60 mesi, per un Premio Unico di Euro 1.000,00 al netto delle imposte, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 550,00 di cui Euro 500,00 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

**In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento, non avvenuta in seguito a liquidazione della prestazione di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia o di Decesso (garanzia prestata da Vera Protezione S.p.A.), ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e il Contraente, l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato entro 30 giorni, per il tramite della Contraente, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza delle Coperture Assicurative, ovvero, in caso di anticipata estinzione parziale, la parte di premio corrispondente all'importo del finanziamento rimborsato, sempre rispetto alla data di scadenza delle Coperture Assicurative.**

**In alternativa al rimborso del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale/parziale del Contratto di Finanziamento ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e il Contraente, l'Assicurato, può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente e utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale. In quest'ultimo caso, le Coperture Assicurative resteranno commisurate al piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.**

La Contraente dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

Di seguito si riporta un esempio di calcolo del rateo di premio che verrà rimborsato all'Impresa in caso di estinzione totale/parziale della Copertura (importi espressi in Euro):

$$R=(PDanni*((N-K)*(N-K+1)) / (N*(N+1))+H*(N-K) / N)*Cap\_Estinto/DR(*)$$

Decorrenza delle coperture assicurative		01/10/2017
Scadenza delle coperture assicurative		01/10/2025
Finanziamento richiesto		€ 30.000,00
Capitale assicurato (comprensivo del premio totale)		€ 32.505,00
Data Estinzione Anticipata		15/03/2019
Durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)	<b>N</b>	96
Mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla data di anticipata estinzione	<b>K</b>	17

<b>Premio</b>		€ 903,00
Tasse		€ 22,02
PREMIO Imponibile		€ 880,98
<b>Costi sul premio imponibile in valore assoluto</b>	<b>H</b>	<b>€ 484,54</b>
Provvigioni	<b>50,00%</b>	€ 440,49
Spese di gestione	<b>5,00%</b>	€ 44,05
<b>Premio versato al netto dei costi</b>	<b>Pdanni</b>	<b>€ 396,44</b>
<b>Debito Residuo (*)</b>	<b>DR</b>	<b>€ 26.268,61</b>
<b>ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE</b>		
Capitale Estinto	<b>Cap_Estinto</b>	€ 5.000,00
<b>Importo da rimborsare</b>	<b>R</b>	<b>€ 127,11</b>
di cui Premio puro		€ 51,21
di cui spese		€ 75,90
<b>ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE</b>		
Capitale Estinto	<b>Cap_Estinto</b>	€ 26.268,61
<b>Importo da rimborsare</b>	<b>R</b>	<b>€ 667,79</b>
di cui Premio puro		€ 269,06
di cui spese		€ 398,73

(\*) il debito residuo è stato calcolato ipotizzando un tasso di ammortamento del 10%

## 6. RIVALSE

L'Impresa di Assicurazione 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 essi effettuati in forza delle Coperture Assicurative del presente Contratto di Assicurazione descritte nella presente Nota Informativa come riportato all'Art. 13 "RINUNCIA ALLA RIVALSA" delle Condizioni di Assicurazione.

## 7. DIRITTO DI RECESSO

### 7.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente ove è stato acceso il Finanziamento, oppure inviando comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno alla Contraente, oppure all'Impresa di Assicurazione, al seguente indirizzo:

Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

## **7.2 DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI**

Per i Contratti di Assicurazione di durata superiore a 5 anni, a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, 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 inviando all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato – per il tramite della Contraente - la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, calcolata come riportato all'Art. 7 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

Qualora il premio sia stato finanziato, la Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

## **ESEMPIO ESERCIZIO DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE:**

Data decorrenza: 01/09/2017

Data scadenza coperture assicurative: 01/09/2031

Data dopo la quale si può esercitare il recesso: 01/09/2021

Data effetto del primo recesso utile (da inviarsi con preavviso di 60gg): 01/09/2022

Data cessazione copertura nel caso di cui sopra: 01/09/2022

## **8. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO**

Ai sensi del secondo comma dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

## **9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05) al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

## **10. REGIME FISCALE**

### **10.1 IMPOSTE SUI PREMI**

I premi di Assicurazione per le Coperture Danni sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

### **10.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI**

Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.

Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:

- 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 l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **11. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI**

**L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il Sinistro per il quale è prestata la Copertura Assicurativa.**

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati all'Impresa di Assicurazione dall'Assicurato, che potrà compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro scaricabile dal sito internet [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it).

**La denuncia del sinistro, completa della documentazione prevista e con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, dovrà essere inoltrata tempestivamente a Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.**

**Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia.**

L'Assicurato o gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri al seguente numero verde:

**SERVIZIO CLIENTI**

**N° Verde 800.11.53.25**

**dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00**

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 32-36 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

L'Impresa di Assicurazione 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 dell'Impresa di Assicurazione. **Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico di quest'ultima.**

### **12. RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione Vera Assicurazioni S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - telefax 045 8372903 - indirizzo mail: [reclami@veraassicurazioni.it](mailto:reclami@veraassicurazioni.it).

I reclami riguardanti invece il comportamento dell'intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati per iscritto all'intermediario Agos Ducato S.p.A. - Gestione Reclami -Via Bernina 7 - 20158 Milano - E-mail: [info@pec.agosducato.it](mailto:info@pec.agosducato.it), che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione.

I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati all'Impresa, o viceversa, saranno trasmessi senza ritardo dall'uno all'altro, dandone contestuale notizia al reclamante.

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

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06/42133.353/745 Numero Verde 800-486661

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito dell'Impresa di Assicurazione, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di Assicurazione ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

### **13. ARBITRATO**

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

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

### **14. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto alla Contraente ed all'Assicurato, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare all'Assicurato stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto di Assicurazione stesso.

Per l'aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di cui al punto 2 "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA" si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)

Inoltre, sempre sul sito [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it), è disponibile un'Area Clienti, che offre la possibilità all'Assicurato di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto.

Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Assicurato riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso.

Tramite l'Area Clienti l'Assicurato può consultare ad esempio le Condizioni Contrattuali, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

## **15. CONFLITTO DI INTERESSI**

Il presente contratto è un prodotto Vera Assicurazioni S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni; Vera Assicurazioni S.p.A. è partecipata al 65% da Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa e al 35% da Banco BPM S.p.A.

Vera Assicurazioni S.p.A. è una Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Verona, facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019.

Il prodotto viene distribuito da AGOS DUCATO S.p.A., Società partecipata da Banco BPM S.p.A.

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta. L'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

L'Impresa di Assicurazione, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

\* \* \*

***Vera Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa..***

**Il rappresentante legale  
Marco Passafiume**



Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018

### **3. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

#### **CPI TRIS - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI**

**I testi integrali della Polizza Collettiva n°3591 stipulata tra AGOS DUCATO S.P.A. e Vera Assicurazioni S.P.A. e della Polizza Collettiva n° 59.366 stipulata tra AGOS DUCATO S.P.A. e Vera Protezione S.P.A. sono depositati presso le sedi di tutte le Società anzidette.**

#### **ART. 1 - GARANZIE**

Il presente Programma Assicurativo, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra AGOS DUCATO SpA e le Imprese di Assicurazione, comprende le garanzie:

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

Gli obblighi delle Imprese di Assicurazione risultano esclusivamente dalle Polizze collettive, dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dal Modulo di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Imprese di Assicurazione stesse. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali; le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia ed Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia devono però essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale italiano.

#### **ART. 2 - PRESTAZIONI**

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti prestazioni:

- 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;
- Invalidità Totale Permanente: 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 e 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 stessa. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia nel periodo intercorrente tra la data di accadimento dell'infortunio oppure, in caso di malattia, tra la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.
- Inabilità Temporanea Totale: 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'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. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ**

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- residenti nel territorio della Repubblica Italiana;

- di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle Coperture Assicurative risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- 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. L'importo massimo assicurabile è riportato all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue;
- che non abbiano in corso altre Coperture Assicurative con le Imprese di Assicurazione abbinate a Contratti di finanziamento stipulati con Agos Ducato S.p.A.;
- che abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, secondo la tabella seguente, compilato il Questionario Sanitario;

<b>Somma assicurata per Assicurato (*)</b>	<b>Età all'adesione da 18 compiuti a 65 anni compiuti</b>
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 Programma Assicurativo, 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.

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione possono comportare:

- la cessazione dell'assicurazione a seguito di annullamento o recesso dalle Coperture Assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione
  - la perdita totale del diritto all'indennizzo
- ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora le Imprese di Assicurazione venissero a conoscenza, successivamente alla sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Sanitario, di seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi nonchè di malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Sanitario che dovessero risultare già diagnosticati alla data di sottoscrizione dello stesso, tali che, se fossero state dichiarati all'atto di compilazione dello stesso non avrebbero consentito la stipula del Programma Assicurativo, le Imprese di Assicurazione, previa comunicazione da farsi all'Assicurato, per il tramite della Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui sono venute a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni dello stesso, potranno annullare o recedere dalle Coperture Assicurative con effetto dalla data di inizio delle stesse e provvederanno – sempre per il tramite della Contraente - alla restituzione integrale del premio versato all'Assicurato, al netto delle imposte.

Qualora le Imprese di Assicurazione venissero a conoscenza, in fase di accertamento per sinistro, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti all'atto della compilazione del Questionario Sanitario per le quali le Imprese di Assicurazione non avrebbero consentito la stipula del Contratto di Assicurazione, le Imprese di Assicurazione restituiranno, per il tramite della Contraente, all'Assicurato o ai suoi aventi diritto la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formula:

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

Dove:

- R = importo da rimborsare
- PVita e PDanni = Premio versato al netto dei costi e tasse(solo danni) **riproporzionato** sulla base delle eventuali estinzioni parziali già effettuate, con rimborso della quota di premio
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi
- 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 decesso oppure alla Data di recesso (per le Coperture Danni)

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

$$PVita = PVita * (1-Cap\_estinto/Debito\_residuo)$$

$$PDanni = PDanni * (1-Cap\_estinto/Debito\_residuo)$$

$$H = H * (1-Cap\_estinto/DR)$$

Dove

- Cap\_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato in caso di estinzione parziale
- DR = debito residuo in linea capitale alla Data del decesso oppure alla Data di recesso (per le Coperture Danni).

Le Coperture Assicurative Danni, prestate da Vera Assicurazioni S.p.A., cesseranno con effetto dal giorno del decesso oppure, in caso di sinistro relativo alle Coperture Danni, dal giorno in cui Vera Protezione S.p.A. ne invierà comunicazione scritta all'Assicurato, da farsi comunque entro tre mesi dal giorno in cui la stessa è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese.

Qualora fossero fornite alle Imprese di Assicurazione all'atto della adesione al Programma Assicurativo informazioni inerenti allo stato di salute, si richiama particolare attenzione degli Assicurati che devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, in questo caso, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di erogazione del Contratto di Finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle Imprese di Assicurazione 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 delle Imprese di Assicurazione 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, il Contraente e gli assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite il Contraente -a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

## **ART. 5 - DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO**

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione ed abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto dal Programma Assicurativo.

La decorrenza delle Coperture Assicurative e la durata del Contratto di Finanziamento vengono comunicate all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative, tempestivamente 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.

Il perfezionamento dell'adesione e la conseguente costituzione del rapporto assicurativo sono subordinati, secondo quanto disposto dall'Art. 23 del D. Lgs. 231/2007, all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela da compiersi attraverso il modulo predisposto a tale scopo.

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.

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

1. decesso dell'Assicurato;
2. accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
3. raggiungimento della data di scadenza del Contratto di Finanziamento;
4. esercizio del diritto di recesso;
5. anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire le Coperture Assicurative);
6. annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

In caso di cessazione delle Coperture Assicurative Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia) a seguito di Decesso dell'Assicurato, il premio versato dall'Assicurato a Vera 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:

l'Assicurato che ha pagato almeno 3 rate del Contratto di Finanziamento può esercitare le seguenti opzioni di modifica del piano di ammortamento del finanziamento, a decorrere dalla settima rata per un massimo di 6 volte per finanziamenti sino a €30.000,00 ovvero 10 volte per finanziamenti oltre i €30.000,00. Devono intercorrere almeno 6 mesi tra una variazione e la successiva:

- **Posticipo del rimborso della rata:** detta facoltà può essere esercitata una volta per ogni anno di vigenza del Contratto di Finanziamento, per un massimo di 3 volte per i finanziamenti sino a €30.000,00, 5 volte per finanziamenti oltre i €30.000,00, con ridefinizione del piano di ammortamento;
- **Modifica dell'importo della rata:** detta facoltà può essere esercitata una volta per ogni anno di vigenza del Contratto di Finanziamento per un massimo di 3 volte per i finanziamenti sino a €30.000,00 e 5 volte per finanziamenti oltre €30.000,00, con ridefinizione del piano di ammortamento.

Nel caso in cui l'Assicurato usufruisca dell'opzione "Posticipo del rimborso della rata", 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 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 ASSICURABILITA'":

- 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 75 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 alle Imprese di Assicurazione. La parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, sarà restituito all'Assicurato, per il tramite della Contraente, applicando la seguente formula:

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

Dove:

- R = importo da rimborsare
- PVita e PDanni = Premio versato al netto dei costi e tasse (solo danni) riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali già effettuate, con rimborso della quota di premio
- 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 estinzione

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

$$PDanni = PDanni * (1-Cap\_estinto/DR)$$

$$PVita = PVita * (1-Cap\_estinto/DR)$$

$$H = H * (1-Cap\_estinto/DR)$$

Dove:

- Cap\_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato in caso di estinzione parziale
- DR = debito residuo in linea capitale al momento dell'estinzione.

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 Contraente ove è stato acceso il Finanziamento, oppure inviando comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.

Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.

Il premio pagato per le Coperture Assicurative, al netto delle eventuali imposte, sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso .

### **DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI**

Per i Contratti di Assicurazione di durata superiore a 5 anni, a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, 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 inviando all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:

Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato – per il tramite della Contraente - la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

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

Dove:

- R = importo da rimborsare
- PDanni = Premio versato per le Coperture Danni al netto dei costi e tasse (riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate)
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)

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

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

$$PDanni = PDanni * (1 - Cap\_estinto / DR)$$

$$H = H * (1 - Cap\_estinto / DR)$$

Dove:

- Cap\_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato in caso di estinzione parziale
- DR = debito residuo in linea capitale alla Data del decesso oppure alla Data di recesso (per le Coperture Danni).

Qualora il premio sia stato finanziato, la Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

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

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

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Contratto di Finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

Nei casi di "Posticipo del rimborso della rata" o di "Modifica dell'importo della rata" del Contratto di Finanziamento, disciplinati all'art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" che precede, il debito residuo verrà ricalcolato sulla base del nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

**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.**
- **In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: l'importo di Euro 2.000,00 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 dalle Imprese di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato..

Tale premio, viene versato alle Imprese di Assicurazione 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 all'Impresa di Assicurazione.

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) (*)
Da 6 a 60 mesi	2,60%	2,40%
Da 61 a 84 mesi	3,36%	2,64%
Da 85 a 120 mesi	5,34%	3,01%
Da 121 a 180 mesi	6,17%	2,18%

(\*) 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 ed il Contraente, il Programma Assicurativo viene estinto dalla data di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento ovvero dalla data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente. Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale del Finanziamento ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente, in alternativa al rimborso del premio, l'Assicurato può richiedere per iscritto alle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla data di scadenza del Contratto di Finanziamento.

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

Nel caso in cui l'Assicurato non richieda di mantenere in vigore le Coperture Assicurative le Imprese di Assicurazione restituiranno – entro 30 giorni - all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formula:

$$R = ((PVita+PDanni)*((N-K)*(N-K+1)))/(N*(N+1))+H*(N-K)/N) * Cap\_estinto/Debito\_Residuo$$

Dove:

- R = importo da rimborsare
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali già effettuate, con rimborso della quota di costi
- PVita e PDanni = Premio versato al netto dei costi e tasse(solo danni) riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali già effettuate, con rimborso della quota di premio
- 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
- Debito\_Residuo = debito residuo dell'Assicurato al momento dell'Anticipata Estinzione Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

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

$$\begin{aligned}PVita &= PVita * (1 - Cap\_estinto / Debito\_residuo) \\PDanni &= PDanni * (1 - Cap\_estinto / Debito\_residuo) \\H &= H * (1 - Cap\_estinto / Debito\_residuo)\end{aligned}$$

Nei casi di allungamento della durata delle Coperture Assicurate disciplinate all'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" che precede, le Imprese di Assicurazione non provvederanno ad alcun rimborso di premio qualora l'anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento ovvero il venir meno del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente si verifichino successivamente alla Data di scadenza originaria del Finanziamento..

Nel caso in cui l'Assicurato scelga di mantenere in vigore le Coperture Assicurate, ai fini della determinazione della prestazione assicurata il Debito residuo sarà ricostruito dalle Imprese di Assicurazione 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 dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

#### ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento le Imprese di Assicurazione rimborsano parzialmente la parte di premio non goduto all'Assicurato e le Coperture Assicurate vengono commisurate al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato. Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione parziale del Finanziamento in alternativa al rimborso del premio, l'Assicurato può richiedere per iscritto alle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurate commisurate agli importi del piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza prevista dal Contratto di Finanziamento.

La Contraente dovrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento.

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso parziale della parte di premio non goduto, le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Assicurato, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni, la parte di Premio relativa all'importo del finanziamento rimborsato ed al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata al paragrafo precedente.

Nei casi di allungamento della durata delle Coperture Assicurate disciplinate all'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" che precede, le Imprese di Assicurazione non provvederanno ad alcun rimborso di premio qualora l'anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento si verifichi successivamente alla Data di scadenza originaria del Finanziamento..

#### **ART. 10 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI**

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale è l'Assicurato stesso.

Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coobbligato al momento del sinistro, se previsto all'interno del Contratto di Finanziamento al quale si riferisce il Programma Assicurativo. Se il Coobbligato non è previsto, Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coniuge non separato

legalmente al momento del sinistro, se presente. In assenza di Coobbligato o di Coniuge non separato legalmente o in caso di designazioni in contrasto con norme di legge o regolamentari, Beneficiari per la Copertura Caso Morte sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Al momento dell'adesione o nel corso della durata contrattuale l'Assicurato può revocare o modificare la designazione dei Beneficiari Caso Morte inviando direttamente all'Impresa di Assicurazione una lettera indirizzata a Vera Protezione S.p.A. – Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona debitamente datati e sottoscritti con indicati i dati anagrafici del nuovo Beneficiario/Beneficiari, unitamente ad una copia del Modulo di Adesione ed ad una copia di un documento d'identità dell'Assicurato.

Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purchè 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).

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

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

La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata tempestivamente a:

- per la Copertura Morte: Vera Protezione S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona;
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia): Vera Assicurazioni S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

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

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 341292 dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 18.00;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia) l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800.11.53.25 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 17:00.

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.

Le Imprese di Assicurazione si riservano 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 delle Imprese di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultime.

Le Imprese di Assicurazione eseguono 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 alle Imprese di Assicurazione. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art. 1915 C.C.

#### **ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA**

Le Imprese di Assicurazione rinunciano, 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 dalle Imprese di Assicurazione.

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

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

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

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e, se richiesto, a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo redatto secondo il Regolamento 35 IVASS. Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà. La Contraente terrà indenni e manlevate le Imprese di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della stessa.

#### **ART. 17 - LEGGE APPLICABILE**

La Legge applicabile è quella italiana.

#### **ART. 18 - COMUNICAZIONI**

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

#### **ART. 19 - CESSIONE DEI DIRITTI**

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

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

Le Imprese di Assicurazione rinunciano 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 del Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

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

#### **ART. 22 - CLAUSOLA LIBERATORIA**

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

#### **ART. 23 - CONTROVERSIE**

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e

valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale 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 contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

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

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

#### **ART. 24 - TERMINI DI DECADENZA**

Ogni diritto nei confronti delle Imprese di Assicurazione si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C. Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Imprese di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

### **SEZIONE A - ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE**

#### **ART. 25 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

Il presente Programma Assicurativo prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata ai Beneficiari, fermo restando le limitazioni previste al successivo Art. 26 "ESCLUSIONI".

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.

La prestazione non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" che precede.

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 Programma Assicurativo, 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 dell'Impresa di Assicurazione e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

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

## **ART. 26 - ESCLUSIONI**

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 25 "PRESTAZIONI ASSICURATE" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa. E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dei Beneficiari;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano causati da alcolismo, 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;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
  - seguiti e conseguenze di malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Invalidità Permanente, rispettivamente da malattia o infortunio, pari o superiori al 20%;
  - malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali, dovesse risultare che, nei dieci anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi o si sia sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure;
  - trapianti d'organo (esclusi di cornea) per i quali dovesse altresì risultare che, nei dieci anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato si sia sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure nei dieci anni precedenti la sottoscrizione dello stesso;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica:
  - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
  - seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;
- 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.viaggiasesicuri.it](http://www.viaggiasesicuri.it). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il 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.

In questi casi l'Impresa di Assicurazione restituirà ai Beneficiari, per il tramite della Contraente, la parte di Premio per la Copertura Morte corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la seguente formula:

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

Dove:

- R = importo da rimborsare
- PVita = Premio versato al netto dei costi riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Decesso

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

$$PVita = PVita * (1 - Cap\_estinto / DR)$$

$$H = H * (1 - Cap\_estinto / DR)$$

Dove:

- Cap\_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato in caso di estinzione parziale
- DR = debito residuo in linea capitale al momento del decesso.

## **ART. 27 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

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

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800-341292 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00) o all'indirizzo e-mail: [liquidazioni@veraprotezione.it](mailto:liquidazioni@veraprotezione.it).

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

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

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:

1. Richiesta di liquidazione;
2. Certificato di morte;
3. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
4. Documentazione medica;
5. copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento ed eventualmente del nuovo piano di ammortamento, in capo all'Assicurato con l'indicazione dei dati anagrafici dei Coobbligati al momento del sinistro ed evidenza della situazione del debito residuo in capo all'Assicurato alla data del decesso dello stesso: il documento sarà fornito dall'Intermediario tramite il quale è stato acceso il Contratto di Finanziamento su richiesta diretta dell'Impresa di Assicurazione.

**Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.**

1. **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono pervenire all'Impresa di Assicurazione:

- utilizzando il modulo liquidativo scaricabile dal sito internet [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it);
- in carta semplice, inviandola direttamente a VERA PROTEZIONE S.p.A., Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

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

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

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

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

3. **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO**

Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: **"Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:"**

- a. **In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it))**

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

- b. **In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it)):**

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

- Occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

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

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

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

#### 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.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.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 l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:*

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

iii) **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio -** oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

*Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'impresa di Assicurazione 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 l'Impresa di Assicurazione al seguente numero verde: 800.341292, operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00.*

Oltre alla documentazione sopra riportata, l'Impresa necessita ricevere ulteriore documentazione nel caso di:

**MINORI/INTERDETTI/INCAPACI:** in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **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 (per importi entro euro 2.500,00 sarà possibile compilare e sottoscrivere una manleva – un fac-simile è presente sul sito [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it) nella sezione “moduli” -;
- 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:** in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **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:** in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **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:** in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **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 Impresa di mantenere la massima riservatezza riguardo alle informazioni sopra menzionate.

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

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

oppure

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

**IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:**

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

**Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa di Assicurazione 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.

**SEZIONE B - ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

**ART. 28 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

Nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia pari o superiore al 66% della totale, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 "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 DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 24 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
- l'Impresa di Assicurazione 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. 30 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 31 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

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

**ART. 29 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'**

**Infortunio:**

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

**Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato**

**non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.**

L'Indennità per l'Invalidità Permanente è dovuta se l'Invalidità stessa si 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:

L'Impresa di Assicurazione corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso della durata contrattuale le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di denuncia della Malattia.

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

### **ART. 30 - INDENNIZZO**

L'Indennizzo che l'Impresa di Assicurazione 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:

- nel caso di Infortunio, alla data del Sinistro che ha generato l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio,
- nel caso di Malattia, alla data della diagnosi della Malattia che ha determinato l'Invalidità Totale Permanente da Malattia,

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 interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'Infortunio o la data della diagnosi della Malattia che hanno provocato l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e la data di liquidazione del relativo Indennizzo, saranno rimborsati dall'Impresa di Assicurazione fino ad un massimo di 2 mesi di interessi. 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 o Malattia. L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 80.000,00, 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, 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.

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

#### Diritto all'indennizzo per invalidità totale permanente in caso di morte

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

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

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

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

#### **ART. 31 - ESCLUSIONI**

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

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Sanitario:
  - seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Sanitario, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Invalidità Permanente rispettivamente da malattia o Infortunio pari o superiore al 20%;

- malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Sanitario per i quali dovesse risultare che, nei dieci anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi o si sia sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure;
- trapianti d'organo (esclusi di cornea) per i quali dovesse altresì risultare che, nei dieci anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato si sia sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure nei dieci anni precedenti la sottoscrizione dello stesso;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di visita medica:
  - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
  - seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, infortuni causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni,;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- 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;
- 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 presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a 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, dallo stesso procurato;
- malattie tropicali;
- 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 ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

### **ART. 32 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto ad Vera Assicurazioni S.p.A. entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. L'Assicurato potrà compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro scaricabile dal sito internet [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it) .

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata al Modulo di cui sopra, la seguente documentazione:

- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, al momento del sinistro (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione, su richiesta di quest'ultima);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

### **SEZIONE C - ASSICURAZIONE PER INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

#### **ART. 33 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 34 "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 DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- 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. 35 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI 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 familiari, 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 al lavoro venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.

## **ART. 34 - INDENNIZZO**

L'Indennizzo che l'Impresa di Assicurazione 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 2.000,00 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, 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.

**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 saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.**

**Il numero massimo di pagamenti mensili che l'Impresa di Assicurazione 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 dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

## **ART. 35 - ESCLUSIONI**

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

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Sanitario:
  - seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Sanitario, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Invalidità Permanente rispettivamente da malattia o Infortunio pari o superiore al 20%;
  - malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Sanitario per i quali dovesse risultare che, nei dieci anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi o si sia sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure;
  - trapianti d'organo (esclusi di cornea) per i quali dovesse altresì risultare che, nei dieci anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato si sia

sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure nei dieci anni precedenti la sottoscrizione dello stesso;

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di visita medica:
  - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
  - seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;
- Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;
- Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; atti temerari, ferma restando la copertura per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di solidarietà;
- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- infezione da virus HIV, 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;
- 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.

#### **ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED RELATIVI OBBLIGHI**

In caso di infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto alle Imprese di Assicurazione 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..

L'Assicurato potrà compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro scaricabile dal sito internet [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it) .

La denuncia dell'infortunio 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 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, l'Impresa di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa.

#### **ART. 37 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, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dall'Impresa di Assicurazione 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.

Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018



## 4. GLOSSARIO

### CPI TRIS - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI

- **Assicurato:** il soggetto persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti e i 65 anni compiuti che ha stipulato un Contratto di Prestito Personale (Contratto di Finanziamento) e che ha aderito facoltativamente al Programma Assicurativo 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.  
Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coobbligato al momento del sinistro, se previsto all'interno del Contratto di Finanziamento al quale si riferisce il Programma Assicurativo. Se il Coobbligato non è previsto, Beneficiario è il Coniuge non separato legalmente al momento del sinistro, se presente. In assenza di Coobbligato o di Coniuge non separato legalmente, Beneficiari sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato.
- **Carenza:** periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24:00 del giorno di decorrenza del Programma Assicurativo durante il quale la garanzia non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, le Imprese di Assicurazione non corrispondono la prestazione assicurata.
- **Contraente:** AGOS DUCATO S.p.A. – 20100 Milano, Via Bernina 7, Società presso la quale è stato richiesto il Contratto di Finanziamento e che stipula i contratti collettivi di assicurazione con le Imprese di Assicurazione, per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Assicurazione:** Contratto con il quale le Imprese di Assicurazione, a fronte del pagamento di un premio, si impegnano a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato. Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.
- **Contratto di Finanziamento:** il Contratto di Finanziamento - al quale si riferisce il Programma Assicurativo 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 183 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.
- **Coobbligato:** 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.
- **Convenzione Assicurativa:** Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra le Imprese di Assicurazione e la Contraente delle Convenzioni.
- **Copertura Assicurativa:** le garanzie assicurative concesse dalle Imprese di Assicurazione e generate dal versamento di un Premio, a fronte della quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate 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 Programma Assicurativo 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.
- **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.
- **Impresa di Assicurazione:**
  - Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale): Vera Assicurazioni S.p.A. - Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in Via Carlo Ederle 45 37126 Verona – Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP N. 2388 del 9 novembre 2005 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01979370036.
  - Per la copertura morte: Vera Protezione S.p.A. - Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in Via Carlo Ederle 45 , 37126 Verona - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS N. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 05913510961.
- **Inabilità Temporanea Totale per non Lavoratori (ITT) da Infortunio o Malattia:** 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.
- **Inabilità Temporanea Totale per Lavoratori (ITT) da Infortunio o Malattia:** 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 dalle Imprese di Assicurazione, 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 (IPT) da Infortunio o Malattia:** la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente 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 della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, e subentrata ad 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 dell'Impresa di Assicurazione; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dall'Impresa nei confronti degli Assicurati.
- **Modulo di Adesione:** Modulo sottoscritto dall'Assicurato, mediante il quale avviene l'adesione alle presenti Coperture Assicurative.
- **Normale Attività Lavorativa:** attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Riqualficazione:** 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, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa (per i lavoratori) o recuperare la generica capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari famigliari, 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. 3591e n. 59.366, stipulate da AGOS DUCATO S.p.A., rispettivamente con Vera Assicurazioni S.p.A. e Vera Protezione S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Generali, cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
- **Premio:** le somme dovute alle Imprese di Assicurazione, 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 dall'Impresa di Assicurazione con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione;
- **Programma Assicurativo:** l'insieme delle Coperture Assicurative prestate dalle Imprese di Assicurazione.
- **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 Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia saranno determinati in ogni caso su base mensile.
- **Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
- **Variazione del piano di ammortamento del Finanziamento:** qualora previsto dalle Condizioni del Contratto di Finanziamento in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, l'Assicurato che ha pagato almeno 3 rate può esercitare le seguenti opzioni di modifica del piano di ammortamento del finanziamento, a decorrere dalla settima rata per un massimo di 6 volte per finanziamenti sino a €30.000,00 ovvero 10 volte per finanziamenti oltre i €30.000,00. Devono intercorrere almeno 6 mesi tra una variazione e la successiva:
  - **Posticipo del rimborso della rata:** Detta facoltà può essere esercitata una volta per ogni anno di vigenza del Contratto di Finanziamento, per un massimo di 3 volte per i finanziamenti sino a €30.000,00, 5 volte per finanziamenti oltre i €30.000,00, con ridefinizione del piano di ammortamento;
  - **Modifica dell'importo della rata:** Detta facoltà può essere esercitata una volta per ogni anno di vigenza del Contratto di Finanziamento per un massimo di 3 volte per i

finanziamenti sino a €30.000,00 e 5 volte per finanziamenti oltre €30.000,00, con ridefinizione del piano di ammortamento.

Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018

**5. INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI** ai sensi dell'Art.13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

La Società Vera Assicurazioni S.p.A., con sede in (Verona), Via Carlo Ederle 45, e la Società Vera Protezione S.p.A. con sede in (Verona), Via Carlo Ederle 45 **quali Contitolari dei trattamenti sotto indicati (di seguito i Contitolari)**, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite i contraenti/aderenti/assicurati/ <sup>(1)</sup>, anche agli eventuali interessati <sup>(2)</sup>:

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
- i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dai Contitolari in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale, forniscono le seguenti informazioni.

**DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO**

I dati personali identificativi <sup>(3)</sup>, immagini e/o video, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari e dati relativi alla salute, relativi all'interessato o a terzi <sup>(4)</sup>, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

- 1. per finalità assicurative/liquidative dei Contitolari** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari <sup>(5)</sup> e conseguenti <sup>(6)</sup> (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui i Contitolari possano avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti <sup>(7)</sup> alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui sono soggetti i Contitolari <sup>(8)</sup>; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte dei Contitolari e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
- 2. per finalità di legittimo interesse di marketing di ciascun Contitolare**, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto <sup>(9)</sup>, salvo opposizione <sup>(10)</sup>, così da farvi conoscere i prodotti/servizi di ciascun Contitolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;

<sup>(1)</sup> anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

<sup>(2)</sup> ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

<sup>(3)</sup> quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, denominazione e sede, etc;

<sup>(4)</sup> quali ad esempio conviventi, familiari, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

<sup>(5)</sup> quali ad esempio la stesura di preventivi;

<sup>(6)</sup> quali ad esempio analisi tariffarie;

<sup>(7)</sup> quali ad esempio la verifica della qualità percepita del servizio, con riferimento a richieste pervenute e al miglioramento del servizio reso;

<sup>(8)</sup> quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, etc. (inclusi gli adempimenti IDD previsti dalla Direttiva Europea 2016/97/UE) etc.;

<sup>(9)</sup> di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web, ed anche attraverso i soli dati di contatto forniti dall'interessato o eventualmente reperiti dai profili pubblici nei social network;

<sup>(10)</sup> cfr Capitolo "Diritti dell'Interessato";

3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito [www.cattolica.it](http://www.cattolica.it)), di comunicazione dei dati alle società facenti parte, che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto <sup>(11)</sup>;
4. se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata da ciascun Contitolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto <sup>(12)</sup>. La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo *social*. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di *marketing* ed di ciascun Contitolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di *marketing* personalizzate di ciascun Contitolare.
5. se acconsentite, per finalità di invio, effettuato da ciascun Contitolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto <sup>(13)</sup>, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche <sup>(14)</sup> per finalità di *marketing*;

Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica.

6. se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati, da parte di ciascun Contitolare, a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche<sup>(15)</sup>, che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto<sup>(16)</sup>, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.

## MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici ad opera di soggetti designati Responsabili ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica che, facendo parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

## COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, *broker*, intermediari, medici fiduciari consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, e nell'eventualità INPS; altresì ad altri

---

<sup>(11)</sup> vedi nota 9;

<sup>(12)</sup> vedi nota 9;

<sup>(13)</sup> vedi nota 9;

<sup>(14)</sup> editoria, automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia;

<sup>(15)</sup> vedi nota 14;

<sup>(16)</sup> vedi nota 9;

soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc..

Ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, i dati possono essere comunicati per il perseguimento delle finalità di cui al punto 6, solo a seguito del conferimento degli appositi consensi facoltativi. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, a soggetti che collaborano con i Contitolari e con le altre società del Gruppo Cattolica.

## **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi ai Contitolari del trattamento e per essi al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email [dpo@cattolicaassicurazioni.it](mailto:dpo@cattolicaassicurazioni.it), come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali, ad esempio, quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento o l'opporvi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi dell'art. 20 del Reg.Ue, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica.

## **TEMPI DI CONSERVAZIONE**

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescrizionali e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento esercitabile per le finalità di *marketing* e promozionali in qualsiasi momento. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

## **NATURA DEL CONFERIMENTO**

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità di cui al punto 1, necessari agli adempimenti contrattuali e normativi, e alle finalità di cui ai punti 2 e 3; per gli altri dati il conferimento è facoltativo, ma in difetto i Contitolari non potranno dar corso alle operazioni di trattamento descritte.

Si precisa che:

- o sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4<sup>(17)</sup>, 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;

---

<sup>(17)</sup> così anche da poter inviare e predisporre comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare

- per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo “Diritti dell’interessato”, ed anche nei confronti di un solo Contitolare, cui si rinvia;
- il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi <sup>(18)</sup>, comportano solo l’impossibilità per ciascun Contitolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell’interessato.

### **I Contitolari r.l.p.t.**

Data ultimo aggiornamento 25 maggio 2018

---

<sup>(18)</sup> tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del Codice Privacy e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati.

Preso visione e ricevuta copia della documentazione informativa ex art.56 Reg. IVASS n° 40/2018 (allegati 3 e 4)

**CPI TRIS - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI – TARIFFA CPAI  
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA  
POLIZZE COLLETTIVE n°3591 VERA ASSICURAZIONI S.p.A. – n° 59.366 VERA PROTEZIONE S.p.A.  
Finanziamento n°.....**

**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 in caso di durata del finanziamento fino a 120 mesi e il 40% del premio imponibile in caso di durata del finanziamento da 121 mesi fino a 180 mesi.

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

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- preso consegna e preventiva conoscenza del Documento Informativo Precontrattuale Danni (redatto in conformità al Regolamento di esecuzione UE 2017/1469), del Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione, del Glossario e dell'Informativa in materia di Protezione dei Dati Personali, nonché del presente Modulo di Adesione che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

DATA \_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto Assicurato:

- **prende atto** che Agos Ducato ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
  - a Vera Protezione S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause,
  - a Vera Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
    - invalidità totale permanente da infortunio o malattia,
    - inabilità temporanea totale da infortunio o malattia,in 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 Fascicolo Informativo. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Imprese e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- **dichiara di essere a conoscenza** che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione del finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del premio assicurativo e decorre dal giorno di erogazione del finanziamento e termina alla data di scadenza del finanziamento o al compimento del 76esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa, per somme assicurate superiori ai 20.000,00 Euro, 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 Euro 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. 29 CRITERI DI INDENNIZZABILITA' delle Condizioni di Assicurazione;
- **dichiara** di essere a conoscenza dei requisiti di assicurabilità riportati all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ;
- **dichiara** di essere a conoscenza che Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale è l'Assicurato stesso;
- **dichiara di designare quale Beneficiario** per la Copertura Caso Morte il Coobbligato (Garante) al momento del sinistro, se previsto all'interno del Contratto di Finanziamento al quale si riferisce il Programma Assicurativo. Se il Coobbligato (Garante) non è previsto, Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coniuge non separato legalmente al momento del sinistro, se presente. In assenza al momento del sinistro di Coobbligato o di Coniuge non separato legalmente, Beneficiari per la Copertura Caso Morte sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato salvo diversa indicazione comunicata ai sensi dell'Art. 10 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI;
- **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

Pagina 1 di 4

#### Vera Assicurazioni S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

#### Vera Protezione S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

- **Dichiara** di aver ricevuto la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente in modalità (indicare il supporto durevole):
  - Cartaceo
  - Sito della Compagnia come indicato nell'informativa precontrattuale
  - Email
  -

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

#### 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. 3: "Requisiti di Assicurabilità"; Art. 4: "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio"; Art. 5: "Decorrenza e durata del programma assicurativo"; Art. 6: "Diritto di recesso"; Art. 7: "Limiti di Indennizzo"; Art. 10: "Beneficiari delle Prestazioni"; Art. 19: "Cessione dei diritti"; Art. 23: "Controversie"; Art. 25: "Prestazioni Assicurate"; Art. 26-31-35: "Esclusioni"; Art. 11: "Denuncia di sinistro"; Art. 30-34: "Indennizzo".

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

#### ADEGUATA VERIFICA

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

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

- **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 \_\_\_\_\_

#### AVVERTENZE RELATIVE ALLE DICHIARAZIONI DELL'/DEGLI ASSICURATO/I AI FINI DELL'EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA :

- a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- b) **prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- c) **anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa di Assicurazione, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

#### PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RIFERITA ALL'ASSICURATO (DA COMPILARE DA PARTE DELL'ASSICURATO) VERSO VERA ASSICURAZIONI S.p.A. – VERA PROTEZIONE S.p.A.

Preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione da **VERA ASSICURAZIONI S.p.A. – VERA PROTEZIONE S.p.A.**, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati ai Contitolari riferiti a terzi, con riferimento:

al trattamento dei dati personali e particolari anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, da parte dei Contitolari e di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso.

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

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

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

Preso 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**

**Art 2 comma 1 lett. y Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Titolare effettivo)**

“1)La persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo; 2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto ed a quello del presente Regolamento;”

**Art 28 Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (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.”

**QUESTIONARIO SANITARIO**

**Il presente Questionario può essere sottoscritto solo per importi da Euro 20.000,01 a Euro 80.000,00 e Assicurati che al momento dell'adesione non hanno ancora compiuto i 65 anni di età ed è da ritenersi valido a condizione che la copertura abbia decorrenza entro 180 gg. dalla sottoscrizione dello stesso. Il sottoscritto è consapevole che, qualora intervengano nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute tra il momento della sottoscrizione del presente Questionario e la data di decorrenza delle coperture assicurative, dovrà darne sollecita comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.**

**Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono “No” a tutte le domande incluse nel Questionario Sanitario. L'Impresa di Assicurazione pertanto, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'assicurato sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel presente Questionario Sanitario.**

<p><b>1. Negli ultimi 10 anni, 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?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie del cervello: Ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma dei vasi arteriosi cerebrali <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> <li>• 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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> <li>• 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. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> <li>• Malattie oncologiche: Tumori maligni, leucemia, linfomi. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> <li>• Malattie metaboliche: Diabete mellito di tipo 1 o 2 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> <li>• Malattie immunologiche: infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> <li>• 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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> <li>• Malattie gastroenterologiche: Cirrosi epatica, colite ulcerosa o morbo di Crohn <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> <li>• Malattie dell'apparato urinario: Nefriti, insufficienza renale cronica in dialisi <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> <li>• Trapianti: Trapianto d'organo (tranne trapianto di cornea) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> <li>• Malattie reumatiche autoimmuni: Lupus eritematoso sistemico, connettiviti, vasculiti, artrite reumatoide (malattia infiammatoria cronica, da non confondere con l'artrosi) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span></li> </ul>	
<p><b>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?</b></p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>3. Negli ultimi 5 anni, è mai stato ricoverato/a o è stata in cura per dipendenza da alcool o da sostanze stupefacenti?</b></p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>

**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 \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento: 1 ottobre 2018

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

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

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

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019