

**CPI 4YOU**

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

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

Il presente Set Informativo contiene:

- il Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)
- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita);
- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi);
- le Condizioni di Assicurazione Vita e Danni comprensive del Glossario;
- il Modulo di Adesione.

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, distribuita tramite le filiali di Banco BPM S.p.A., che assicura il rischio di Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, da Infortunio o Malattia. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento all'adesione alla polizza collettiva che copre il rischio Morte prestata da Vera Protezione S.p.A..



### Che cosa è assicurato?

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

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia**  
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio o Malattia, è previsto il pagamento in unica soluzione all'Assicurato della somma assicurata, pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale al momento del sinistro, al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie, al momento del sinistro;
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia**  
Qualora l'Assicurato si trovi nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere oppure, in caso di Assicurato non lavoratore, di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici, è prevista la liquidazione all'Assicurato, per ogni mese di durata del sinistro, di una somma pari all'ammontare della rata mensile, comprensiva di capitale e interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**  
E' prevista la liquidazione all'Assicurato, per ogni mese di durata del sinistro, di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, comprensiva di capitale e interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento, per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero, trascorso il periodo di franchigia.

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;
- in caso di Ricovero Ospedaliero 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 70 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.



## 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).

Le garanzie Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia prevedono un Periodo di Carenza (ovvero di non operatività iniziale della garanzia) pari a 30 giorni.

La durata della copertura coincide con la durata del contratto di finanziamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 183 mesi, comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento che non può essere superiore a 3 mesi.

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Totale Permanente dell'Assicurato, Decesso dell'Assicurato, anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (qualora l'Assicurato non faccia richiesta, al momento dell'anticipata estinzione totale del finanziamento ovvero al momento in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria. |



## Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può:

- 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.

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

Per recedere nel caso b), l'Assicurato può inviare apposita comunicazione all'Impresa di Assicurazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. |

## Assicurazione Temporanea caso morte a capitale decrescente

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

Vera Protezione S.p.A.

Prodotto: CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI  
PERSONALI – TARIFFA CPAL

Data di aggiornamento: 09/05/2019 – Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

### Che tipo di assicurazione è?

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



### Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- ✓ **Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato:** in caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata della Copertura Assicurativa, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Decesso, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie. Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alla Copertura Assicurativa, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.
- ✓ **Capitale Assicurato:** il capitale assicurato non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro.
- ✓ In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 80.000,00 gli indennizzi (Morte ed Invalidità Totale Permanente) saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.
- ✓ Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



### Che cosa NON è assicurato?

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



### Ci sono limiti di copertura?

- ! Il capitale non verrà liquidato ai Beneficiari designati qualora il decesso dell'Assicurato sia 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.viaggiareassicuri.it](http://www.viaggiareassicuri.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.



## Dove vale la copertura?

- ✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

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

– variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione.  
Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



### Quando e come devo pagare?

- 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.
- Il premio per la Copertura Morte viene determinato applicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento - all'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

- 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 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.
- Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.
- Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
  - decesso dell'Assicurato;
  - accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
  - raggiungimento della data di scadenza del Contratto di Finanziamento;
  - anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire le Coperture Assicurative).
- Il Contraente e l'Assicurato devono avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.



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

- L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente oppure presso la filiale della Banca 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 al seguente indirizzo:  
Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.  
Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

## Assicurazione Caso Morte, Infortuni, Malattia

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

Vera Protezione S.p.A. – Vera Assicurazione S.p.A.

Prodotto: **CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI PERSONALI – TARIFFA CPAL**

Data di aggiornamento: 09/05/2019 – Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare la potenziale Impresa Aderente/l'Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa di Assicurazione.

**L'Impresa Aderente/l'Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.**

### Imprese:

- **Per l'Assicurazione vita: Vera Protezione S.p.A.** Via Carlo Ederle, n. civico 45; CAP 37126; città Verona; sito internet: [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it); e-mail: [info@veraprotezione.it](mailto:info@veraprotezione.it); pec: [veraprotezione@pec.gruppocattolica.it](mailto:veraprotezione@pec.gruppocattolica.it).

- **Per l'Assicurazione danni: Vera Assicurazioni S.p.A.** Via Carlo Ederle, n. civico 45; CAP 37126; città Verona; sito internet: [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it); email: [info@veraassicurazioni.it](mailto:info@veraassicurazioni.it); pec: [veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it](mailto:veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it).

**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: 045 8391111 – 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.

**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 8391111 – 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: [sinistire@veraassicurazioni.it](mailto:sinistire@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.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato di **Vera Protezione S.p.A.**, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 58 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 48 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 9 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 48 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 12 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 158 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 158 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 3,26 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato di **Vera Assicurazioni S.p.A.**, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 95 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 64 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 5 milioni di euro);

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 58 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 16 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 198 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 198 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 3,41 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

### Ramo Vita:

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.

### Rami Danni:

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni, a cui si rinvia anche per l'indicazione dei massimali che limitano le prestazioni assicurative rese dall'Impresa di Assicurazione, si precisa che:

#### Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.

Ai fini del calcolo del grado di invalidità permanente si terrà conto di quanto segue:

- Infortuni: 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 occorso durante il periodo di validità della copertura assicurativa. 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.
- Malattia: L'Impresa di Assicurazione corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata per la quale l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi nel periodo di validità della copertura assicurativa. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.



## Che cosa NON è assicurato?

### **Rischi esclusi**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.



## Ci sono limiti di copertura?

### Ramo Vita:

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.

### Rami Danni:

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni:

<p>Invalidità Totale Permanente da Infortuni e Malattia</p>	<p>Esclusioni</p>	<p>Sono esclusi dalla Copertura Assicurativa i casi di Invalidità Permanente causata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;</li> <li>! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;</li> <li>! 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;</li> <li>! 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</li> </ul>
---	-------------------	--



		<p><i>aerei in genere;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <i>partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;</i></li> <li>! <i>ubriachezza, infortuni causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;</i></li> <li>! <i>operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;</i></li> <li>! <i>delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;</i></li> <li>! <i>guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;</i></li> <li>! <i>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;</i></li> <li>! <i>partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;</i></li> <li>! <i>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.);</i></li> <li>! <i>infezione da virus HIV, sindrome da 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;</i></li> <li>! <i>aborto volontario o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;</i></li> <li>! <i>connessione con l'uso o produzione di esplosivi;</i></li> <li>! <i>atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;</i></li> <li>! <i>malattie tropicali;</i></li> <li>! <i>svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;</i></li> </ul> <p><i>nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti dalla Polizza.</i></p>
	<p><i>Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia</i></p>	<p><i>Sono esclusi dalla Copertura Assicurativa i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <i>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;</i></li> <li>! <i>Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;</i></li> <li>! <i>Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;</i></li> <li>! <i>Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;</i></li> <li>! <i>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;</i></li> <li>! <i>Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;</i></li> <li>! <i>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.);</i></li> <li>! <i>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;</i></li> <li>! <i>infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o</i></li> </ul>

		<p>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;</p> <p>! 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;</p> <p>! 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;</p> <p>nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti della presente Polizza.</p>
	Franchigia	<p>60 giorni</p> <p>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 causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.</p>
Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia	Esclusioni	<p>La garanzia Ricovero Ospedaliero non è inoltre operante nei seguenti casi:</p> <p>! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;</p> <p>! 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);</p> <p>! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;</p> <p>! 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;</p> <p>! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;</p> <p>! contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;</p> <p>! dolo dell'Assicurato;</p> <p>! aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;</p> <p>! 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;</p> <p>! 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;</p> <p>! interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;</p> <p>! Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;</p> <p>! cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;</p> <p>! trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo;</p> <p>nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dalla Polizza.</p>
	Franchigia	5 giorni.

RINUNCIA ALLA  
RIVALSA

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 essa effettuate in forza del presente Contratto di Assicurazione.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Denuncia di sinistro:

#### Ramo Vita:

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 549330 operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30 o all'indirizzo e-mail: [liquidazioni@veraprotezione.it](mailto:liquidazioni@veraprotezione.it).

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

1. **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono pervenire all'Impresa di Assicurazione:
  - via email all'indirizzo e-mail: [liquidazioni@veraprotezione.it](mailto:liquidazioni@veraprotezione.it);
  - in carta semplice, inviandola direttamente ad 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.
  - **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 il Contraente di polizza nel caso in cui non ci sia coincidenza del beneficiario con lo stesso.
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**
    - 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:**
    - 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 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:*

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

**iii) In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, 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 possibile contattare il numero verde: 800549330 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.*

*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.

**Rami Danni:**

La Denuncia scritta, e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviata entro il termine indicato nel DIP Danni a: Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE) oppure potete contattare il Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30.

La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.


Per la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In caso di Invalidità Totale Permanente è richiesta inoltre la seguente documentazione:

- documentazione medica/cartelle cliniche, relativi all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, alla data del sinistro (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione su richiesta di

	<p>quest'ultima).</p> <p><i>In caso di Inabilità Temporanea Totale è richiesta inoltre la seguente documentazione: copia del certificato del Pronto Soccorso;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;</li> <li>• copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità fino a quello attestante la guarigione;</li> <li>• dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione su richiesta di quest'ultima);</li> <li>• 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).</li> </ul> <p><i>In caso di Ricovero Ospedaliero è richiesta inoltre la seguente documentazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• copia del certificato del Pronto Soccorso;</li> <li>• attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;</li> <li>• copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;</li> <li>• copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;</li> <li>• dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione su richiesta di quest'ultima).</li> </ul>
	<p><b>Prescrizione:</b></p> <p><b>Ramo Vita:</b>  <i>Ai sensi 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.</i></p> <p><b>Rami Danni:</b>  <i>Ai sensi 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.</i></p>
	<p><b>Liquidazione della prestazione:</b>  <i>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.</i></p>
	<p><b>Gestione da parte di altre imprese:</b>  <i>La gestione dei sinistri Rami Danni è affidata ad una Struttura Esterna, IN.SE.CO. S.r.l. – Gruppo MOL.</i></p>
	<p><b>Assistenza diretta/in convenzione:</b>  <i>Non previsto</i></p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	<p><i>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:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la cessazione dell'assicurazione a seguito di annullamento o recesso dalle Coperture Assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione;</li> <li>• la perdita totale del diritto all'indennizzo.</li> </ul>

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<b>Premio</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.</i>
<b>Rimborso</b>	<i>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</i>

	<p>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.</p> <p>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, le parti di Premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni corrispondenti al periodo di assicurazione non goduto.</p> <p>Nei casi di allungamento della durata delle Coperture Assicurative 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.</p> <p>In caso di <u>anticipata estinzione parziale</u> del Contratto di Finanziamento le Imprese di Assicurazione rimborsano parzialmente la parte di premio non goduto all'Assicurato e le Coperture Assicurative 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 Assicurative 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.</p> <p>Nei casi di allungamento della durata delle Coperture Assicurative 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.</p> <p>In caso di decesso dell'Assicurato causato da un evento elencato nelle esclusioni 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.</p>
<b>Sconti</b>	Il presente contratto non prevede sconti di alcun tipo.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.
<b>Sospensione</b>	<p><b><u>Ramo Vita:</u></b> Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.</p> <p><b><u>Rami Danni:</u></b> Non è prevista la sospensione delle garanzie.</p>



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

<b>Revoca</b>	<p><b><u>Ramo Vita:</u></b> Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p> <p><b><u>Rami Danni:</u></b> Le presenti Coperture Assicurative non prevedono l'esercizio della Revoca dell'Adesione in considerazione delle modalità di conclusione del Contratto.</p>
<b>Recesso</b>	Qualora l'Assicurato eserciti il diritto di recesso secondo le modalità previste, 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.

	<b><u>RECESSO DALLE COPERTURE DANNI (A PARTIRE DALLA QUARTA RICORRENZA ANNUA)</u></b> Qualora l'Assicurato eserciti il diritto di recesso secondo le modalità previste, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa, l'Impresa di Assicurazione rimborserà all'Assicurato la parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto.
<b>Risoluzione</b>	<b><u>Ramo Vita:</u></b> Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.  <b><u>Rami Danni:</u></b> Le Coperture Assicurative sono a premio unico anticipato pertanto non è prevista la sospensione del pagamento dei premi.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione al presente Programma Assicurativo 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 massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi;
- che non abbiano in corso altre Coperture Assicurative con le Imprese di Assicurazione abbinata 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 compilato il Questionario Sanitario.



## Quali costi devo sostenere?

### **Ramo Vita:**

#### - **Costi gravanti sul premio**

#### TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

SPESE DI EMISSIONE	Non prevista	l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo
COSTO DI ACQUISIZIONE E GESTIONE PERCENTUALE	55% in caso di durata del finanziamento da 6 mesi a 120 mesi  50% in caso di durata del finanziamento da 121 mesi a 180 mesi	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato.

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

#### - **Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento del finanziamento**

Non sono presenti spese amministrative per il rimborso del premio.

#### - **Costi per il riscatto**

Non sono presenti costi per il riscatto.

#### - **Costi per l'erogazione della rendita**

Non sono presenti costi per l'erogazione della rendita

#### - **Costi per l'esercizio delle opzioni**

Non sono presenti costi per l'esercizio delle opzioni.

#### - **Costi di intermediazione**

Nella seguente tabella ti riportiamo la quota parte del costo percentuale sopra riportato percepita in media



dall'Intermediario:

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
90,76%

**Rami Danni:**

**TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO**

SPESE DI EMISSIONE	Non prevista	l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo
COSTO DI ACQUISIZIONE E GESTIONE PERCENTUALE	55% in caso di durata del finanziamento da 6 mesi a 120 mesi	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato al netto delle imposte del 2,50%.
	50% in caso di durata del finanziamento da 121 mesi a 180 mesi	

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

**COSTI DI INTERMEDIAZIONE**

*Nella seguente tabella ti riportiamo la quota parte del costo percentuale sopra riportato percepita in media dall'Intermediario:*

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
90,91% per i finanziamenti con durata da 6 a 120 mesi
90% per i finanziamenti con durata da 121 a 180 mesi

**Per tutti i rami:**

– **Costi dei PPI**

*Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.*



**Sono previsti riscatti o riduzioni?  SI  NO**

<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.</i>
<b>Richiesta di informazioni</b>	<i>La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto.</i>

**COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?**

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p><i>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alle Imprese di Assicurazione:</i> <i>Vera Protezione S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa - Servizio Reclami di Gruppo - Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - telefax 045 8372904; indirizzo e mail <a href="mailto:reclami@veraprotezione.it">reclami@veraprotezione.it</a>.</i></p> <p><i>Vera Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa - Servizio Reclami di Gruppo - Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - telefax 045 8372903 - indirizzo mail: <a href="mailto:reclami@veraassicurazioni.it">reclami@veraassicurazioni.it</a>.</i></p> <p><i>Le Imprese di Assicurazione daranno riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo. I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati alle Imprese di Assicurazione, saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.</i></p>
<b>All'IVASS</b>	<p><i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a></i></p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
<b>Mediazione</b>	<p><b>Ramo Vita:</b>  <i>Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n. 28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.</i></p> <p><b>Rami Danni:</b>  <i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero di Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n.98)</i></p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<p><i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</i></p>
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<p><b>Ramo Vita:</b>  <i>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito della Commissione Europea <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a>.</i></p> <p><b>Rami Danni:</b>  <u>Arbitrato</u>  <i>Rimettersi alla decisione di un Collegio di tre medici per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale. 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.</i></p>

REGIME FISCALE	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<p><b>Ramo Vita:</b>  <u>Imposta sui premi</u>  <i>I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.</i></p> <p><u>Detraibilità fiscale dei premi</u>  <i>Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.</i></p> <p><u>Tassazione delle somme assicurate</u>  <i>Le somme corrisposte dall'Impresa in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.</i></p> <p><b>Rami Danni:</b>  <u>Imposte sui premi</u>  <i>Il premio di Assicurazione è soggetto ad un'imposta pari al 2,50% del premio imponibile.</i></p> <p><u>Disciplina dei premi e delle somme assicurate</u>  <i>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:</i></p>

• 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.

**IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.**

**PRIMA DI COMPILARE E SOTTOSCRIVERE IL QUESTIONARIO MEDICO/IL RAPPORTO DI VISITA MEDICA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE NEL MODULO DI ADESIONE. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

## **CPI 4YOU**

### **CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI PERSONALI TARIFFA CPAL**

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

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono parte integrante del Set Informativo unitamente ai seguenti documenti:

- il Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)
- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita);
- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi);
- le Condizioni di Assicurazione Vita e Danni comprensive del Glossario;
- l'Informativa sull'attivazione dell'Area Riservata;
- il Modulo di Adesione.

Edizione aggiornata al 09/05/2019

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 3596 stipulata tra AGOS DUCATO S.p.A. e Vera Assicurazioni S.p.A. e della Polizza Collettiva n° 59.369 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.;
- Ricovero Ospedaliero 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, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero devono 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 e 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 e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - alla data di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente. 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 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 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 opererà un periodo di franchigia di sessanta giorni dalla data di ripresa dell'abilità all'attività lavorativa; tale nuovo periodo di franchigia verrà applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.
- Ricovero Ospedaliero: in caso di Ricovero Ospedaliero perdurante oltre il Periodo di Franchigia di 5 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Contratto di Finanziamento al momento del sinistro; un ulteriore Indennizzo, pari alla rata mensile suddetta, sarà corrisposto per ciascun periodo di trenta giorni consecutivi successivi alla scadenza del Periodo di Franchigia.

**ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA'**

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione al presente Programma Assicurativo 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 massimo 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;

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età all'adesione da 18 compiuti a 70 anni compiuti
Fino a € 20.000,00	Nessun accertamento sanitario
Da € 20.000,01 - Fino a € 80.000,00	Questionario Sanitario

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

Anche se non espressamente prevista dalle formalità di ammissione al 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.

Il Contraente e l'Assicurato devono avere in Italia il domicilio/sede per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio/sede in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

**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 le parti di Premio (per la Copertura Morte e per le Coperture Danni) relative al periodo di assicurazione non goduto calcolate con le formule riportate all'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE / PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" dove:

- $K$  = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Decesso oppure alla Data di Recesso (per le Coperture Danni);
- $DR$  = debito residuo (s'intende sempre e solo il debito residuo del finanziamento) in linea capitale al momento 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., tramite la Contraente 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.

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 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, all'Assicurato una **Lettera di Benvenuto** nella quale vengono riportati:

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

La durata delle Coperture Assicurate 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 Assicurate cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- alla data di scadenza del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurate).
- 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 Assicurate Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia) a seguito di Decesso dell'Assicurato, il premio versato dall'Assicurato a 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 Assicurate, 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 Assicurate 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 3 volte in caso di Posticipo del rimborso della rata ovvero 6 volte in caso di Modifica dell'importo della rata. Devono intercorrere almeno 6 mesi tra una variazione e la successiva. La durata del piano di ammortamento non potrà superare i 120 mesi per finanziamenti fino a € 50.000,00.

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

Nel caso in cui l'Assicurato usufruisca dell'opzione "Posticipo del rimborso della rata", la durata delle Coperture Assicurate si protrarrà per il periodo corrispondente ai mesi di allungamento del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento. Le prestazioni verranno adeguate automaticamente e l'Assicurato non dovrà corrispondere alcun premio aggiuntivo integrativo.

Nel caso in cui l'Assicurato usufruisca dell'opzione "Modifica dell'importo della rata" con conseguente variazione della durata del Finanziamento, sia la durata che le prestazioni delle Coperture Assicurate-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, le parti di Premio (per la Copertura Morte e per le Coperture Danni) relative al periodo di assicurazione non goduto calcolate con le formule riportate all'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE / PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO".

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

## **ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO**

### DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente oppure presso la filiale della Banca 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 con la formula seguente:

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

Dove:

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

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 e 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: l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro.

In caso di Inabilità Temporanea Totale - Ricovero Ospedaliero: l'importo di Euro 2.000,00 mensili, con il massimo di:

- 12 indennizzi mensili per Sinistro nei casi di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero
- 24 Indennizzi mensili per l'intera durata delle Coperture Assicurative per ciascuna delle garanzie

In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 80.000,00 gli indennizzi (Morte ed Invalidità Totale Permanente) 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 - 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	COPERTURA DANNI (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale - Ricovero Ospedaliero) (*)
Da 6 mesi a 36 mesi	1,51%	2,60%
Da 37 mesi a 48 mesi	2,21%	2,93%
Da 49 mesi a 72 mesi	3,50%	3,51%
Da 73 mesi a 84 mesi	3,86%	4,44%
Da 85 mesi a 120 mesi	5,11%	4,49%
Da 121 a 180 mesi	7,75%	3,75%

(\*) 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 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 – entro 30 giorni - restituiranno all'Assicurato, per il tramite della Contraente, le parti di Premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni corrispondenti al periodo di assicurazione non goduto calcolate secondo le seguenti formule:

$$R = [PVita * ((N-K)/N) * Cap\_Estinto/Cap\_Iniziale] + [H * (N-K)/ N * Cap\_Estinto/Debito\_Residuo]$$

$$R = [PDanni * ((N-K)/N) * Cap\_Estinto/Cap\_Iniziale] + [H * (N-K)/ N * Cap\_Estinto/Debito\_Residuo]$$

Dove:

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

- Cap\_Iniziale= Importo assicurato iniziale
- Debito\_Residuo = debito residuo dell'Assicurato al momento dell'Anticipata Estinzione Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

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

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

Nei casi di allungamento della durata delle Coperture Assicurative disciplinati 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 Assicurative, 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.

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

### **Rimborso rateo per Copertura Morte**

#### Esempio n. 1

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro

PVita Lordo = 700,00

Costi % = 55,00%

H = 385,00 Euro (pari a (PVita Lordo \* Costi %))

PVita = 315,00 Euro (pari a PVita Lordo \* (1 - Costi%))

Debito residuo = 13.879,43 Euro

N = 60 mesi

K = 20 mesi

Importo del premio da rimborsare =  $[315,00 * ((60-20)/60) * 13.879,43 / 20.000,00] + [385,00 * ((60-20)/60) * 13.879,43 / 13.879,43] = 402,40$  Euro

\*\*\*\*\*

#### Esempio n. 2

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro

PVita Lordo = 700,00

Costi % = 55,00%

H = 385,00 Euro (pari a (PVita Lordo \* Costi %))

PVita = 315,00 Euro (pari a PVita Lordo \* (1 - Costi%))

Debito residuo = 7.228,10 Euro

N = 60 mesi

K = 40 mesi

Rimborso del premio puro =  $[315,00 * ((60-40)/60) * 7.228,10 / 20.000,00] + [385,00 * ((60-40)/60) * 7.228,10 / 7.228,10] = 166,28$  Euro

### **Rimborso rateo per le Coperture Danni**

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro

PDanni Lordo = 702,00

Costi % = 55,00%

H = 376,45 Euro

PDanni = 684,45 Euro

Debito residuo = 13.879,61 Euro

N = 60 mesi

K = 20 mesi

Rimborso del premio puro =  $[684,54 * ((60-20)/60) * 13.879,61 / 20.000,00] + [376,45 * ((60-20)/60) * 13.879,61 / 13.879,61] = 393,47$  Euro

### 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 Assicurative 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 Assicurative 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 Assicurative disciplinati 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.

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

### **Rimborso rateo per Copertura Morte**

#### Esempio n. 1

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro

PVita Lordo = 700,00

Costi % = 55,00%

H = 385,00 Euro (pari a (PVita Lordo \* Costi %))

PVita = 315,00 Euro (pari a PVita Lordo \* (1- Costi%))

Debito residuo = 13.879,43 Euro

Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di finanziamento = 5.000,00 Euro

N = 60 mesi

K = 20 mesi

Importo del premio da rimborsare =  $[315,00 * ((60-20)/60) * 5.000,00 / 20.000,00] + [385,00 * ((60-20)/60) * 5.000,00 / 13.879,43] = 144,96$  Euro

\*\*\*\*\*

### Esempio n. 2

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro

PVita Lordo = 700,00

Costi % = 55,00%

H = 385,00 Euro (pari a (PVita Lordo \* Costi %))

PVita = 315,00 Euro (pari a PVita Lordo \* (1 - Costi%))

Debito residuo = 7.228,10 Euro

Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di mutuo = 2.000,00 Euro

N = 60 mesi

K = 40 mesi

Importo del premio da rimborsare =  $[315,00 * ((60-40)/60) * 2.000,00 / 20.000,00] + [385,00 * ((60-40)/60) * 2.000,00 / 7.228,10] = 46,01$  Euro

### **Rimborso rateo per le Coperture Danni**

Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro

PDanni Lordo = 702,00

Costi % = 55,00%

H = 376,45,00 Euro

PDanni = 684,45 Euro

Debito residuo = 13.879,61 Euro

Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di mutuo = 5.000,00 Euro

N = 60 mesi

K = 20 mesi

Rimborso del premio puro =  $[684,45 * ((60-20)/60) * 5.000,00 / 20.000,00] + [376,45 * ((60-20)/60) * 5.000,00 / 13.879,61] = 141,74$  Euro

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

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

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

### **Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.**

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

- dopo che l'Assicurato ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto all'Impresa, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte dell'Assicurato, se non con il consenso dei Beneficiari stessi;
- dopo che, verificatosi l'evento, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto all'Impresa di Assicurazione di voler profittare del beneficio.

### **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 ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Morte: Vera Protezione S.p.A. – Ufficio Sinistri Vita – Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona;
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero): Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE).

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

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al 800 549330 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800.893 495 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.

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

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 dall'Impresa 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 Set Informativo. 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 e Inabilità Temporanea Totale prestate dal presente Contratto di Assicurazione.

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

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

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

**ART. 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.

**ART. 25 – CONFLITTO DI INTERESSI.**

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it).

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



## SEZIONE A - ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

### ART. 26 - 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. 27 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie e non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso 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 del Finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

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 e 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. 27 - ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 26 "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 formula riportata all'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE / PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" dove:

- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Decesso;
- DR = debito residuo (s'intende sempre e solo il debito residuo del finanziamento) in linea capitale al momento del decesso.

#### **ART. 28 - 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 549330 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30 o all'indirizzo e-mail: 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 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:
  - via email all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it;
  - in carta semplice, inviandola direttamente a Vera Protezione S.p.A.- Ufficio Sinistri Vita, 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 legatari 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:*

- a. emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico;
- b. emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti (esempio: causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avvenuti in Paesi Esteri);

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

iii) **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio** - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, 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 549330 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.*

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. 29 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

Nel caso di Invalidità Totale Permanente 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. 31 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 32 "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. 30 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 mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

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

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

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

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

#### Malattia:

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. 31 - 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 Polizza, consiste in un importo 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, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse 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 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, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente. L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 80.000,00 per Assicurato, 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. 32 - 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;
- 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 da 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 volontario 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 cavaio;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

### **ART. 33 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

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

- telefonando a: Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30
- facendo una denuncia scritta nelle modalità di cui al precedente art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" a: Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE);

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

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata alla denuncia 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 Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, al momento del sinistro (documentazione da fornire da parte della Contraente 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 INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

### **ART. 34 - 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. 35 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Inabilità Temporanea Totale 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. 36 “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 famigliari, personali o domestici.**

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

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

### **ART. 35 - 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 e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, 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 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. 36 - ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall’oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:

- limitatamente alle Coperture Assicurate 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 Assicurate 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;
- 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 ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

### **ART. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

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

- telefonando a: Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30
- facendo una denuncia scritta nelle modalità di cui al precedente art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" a: Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE);

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 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 Banca presso cui è stato acceso il finanziamento 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. 38 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 causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riquilificazione 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 cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.

## **SEZIONE D - ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO**

### **ART. 39 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 40 "INDENNIZZO" qualora:

- il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 “DECORRENZA E DURATA 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. 41 “ESCLUSIONI”;
- l’Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 “DENUNCIA DI SINISTRO”.

#### **ART. 40 - INDENNIZZO**

L’Indennizzo che l’Impresa di Assicurazione è obbligata a corrispondere all’Assicurato in base alla Copertura per il caso di Ricovero e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento. L’Indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l’Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 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 se sia trascorso il Periodo di Franchigia pari a 5 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che l’Impresa di Assicurazione è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l’intera durata della copertura assicurativa.**

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

#### **ART. 41 - ESCLUSIONI**

La garanzia Ricovero Ospedaliero non è inoltre operante nei seguenti casi:

- 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;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

#### **ART. 42 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

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

- telefonando a: Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30
- facendo una denuncia scritta nelle modalità di cui al precedente art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" a: Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE);

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

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

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, 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. 43 - DENUNCE SUCCESSIVE**

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



## GLOSSARIO

### CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI

- **Assicurato:** il soggetto persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti e i 70 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.
- **Banca:** Filiale della Banca del **Gruppo Banco BPM**, incaricata da Agos Ducato S.p.A., alla distribuzione della presente Polizza Collettiva, ai clienti che hanno richiesto un Contratto di Finanziamento alla Contraente;
- **Beneficiario:** Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata. Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Danni è l'Assicurato stesso. Beneficiari in caso di Decesso dell'Assicurato, è la persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione dallo stesso, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato;
- **Carenza:** periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24:00 del giorno di decorrenza 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 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, Ricovero Ospedaliero), 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 previsto dal Contratto di Finanziamento non può essere superiore a 3 mesi. In applicazione delle Condizioni Generali del Contratto di Finanziamento in vigore al momento dell'adesione 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.
- **Copertura Assicurativa:** le garanzie assicurative concesse dalle Imprese di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte della quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.
- **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.
- **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 ha 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 (ITT) da Infortunio o Malattia:**
  - **non Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della generica capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari famigliari, personali o domestici a seguito di infortunio o malattia;
  - **per Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia.
- **Indennizzo:** la somma dovuta 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.
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (IPT):** la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 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.
- **Intermediario**
  - Agos Ducato S.p.A., Contraente della Convenzione;
  - Filiale della Banca del **Gruppo Banco BPM**. incaricata da Agos Ducato S.p.A. alla distribuzione della presente Polizza Collettiva, ai clienti che hanno richiesto un Contratto di Finanziamento alla Contraente;
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, e subentrata ad ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135. L'IVASS svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo;

- **Lettera di Benvenuto:** Lettera inviata dalla Contraente 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:** Il Modulo sottoscritto dall'Assicurato, mediante la quale avviene l'adesione alle presenti Coperture Assicurative.
- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.
- **Normale Attività Lavorativa:** Attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di 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 oppure per Ricovero Ospedaliero, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Temporanea Totale, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o recuperare la generica capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari 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. 3596 e n. 59.369, 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 le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero saranno determinati in ogni caso su base mensile.
- **Ricovero Ospedaliero:** la degenza ininterrotta e con pernottamento in un Istituto di Cura resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.
- **Set Informativo**  
L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente al Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet dell'impresa, composto da:
  - DIP Danni
  - DIP Vita
  - DIP Aggiuntivo Multirischi
  - Condizioni di Assicurazione
  - Glossario
  - Modulo di Adesione.

- **Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
- **Variazione del piano di ammortamento del Finanziamento:** qualora previsto dalle Condizioni del Contratto di Finanziamento in vigore al momento dell'adesione alle 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 3 volte in caso di Posticipo del rimborso della rata ovvero 6 volte in caso di Modifica dell'importo della rata. Devono intercorrere almeno 6 mesi tra una variazione e la successiva. La durata del piano di ammortamento non potrà superare i 120 mesi per finanziamenti fino a € 50.000,00:
  - **Posticipo del rimborso della rata:** Detta facoltà può essere esercitata una volta per ogni anno di vigenza del Contratto di Finanziamento, per un massimo di 3 volte nel corso di tutta la durata del Finanziamento, con ridefinizione del piano di ammortamento;
  - **Modifica dell'importo della rata:** Detta facoltà può essere esercitata una volta per ogni anno di vigenza del Contratto di Finanziamento per un massimo di 6 volte nel corso di tutta la durata del Finanziamento, con ridefinizione del piano di ammortamento.

**INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA**

**Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante al Set Informativo/Prospetto d'offerta**

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013 recante "Disposizioni in materia di Gestione dei rapporti assicurativi via web, attuativo dell'articolo 22, comma 8, del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 – Modifiche al Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010" la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area a Lei riservata, tramite la quale le sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

L'accesso alle informative via web ha la finalità di favorire una più efficace gestione dei rapporti assicurativi valorizzando il canale di comunicazione telematico quale strumento per accrescere la trasparenza e semplificare il rapporto impresa-assicurato.

**La informiamo che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area a Lei riservata, secondo le modalità pubblicate nella *home page* del sito *internet* della Compagnia.**



**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 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni  
04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa  
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 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni  
04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa  
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

[www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)

Presa visione e ricevuta copia della documentazione informativa ex art.56 Reg. IVASS n° 40/2018 (allegati 3 e 4)  
ivi compresa la nota sintetica (ove prevista)

**CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI PERSONALI – TARIFFA CPAL  
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE D ADESIONE FACOLTATIVA**

**POLIZZE COLLETTIVE n° 3596 Vera Assicurazioni S.p.A. – n° 59369 Vera Protezione S.p.A.**

Finanziamento n°.....

Data ultimo aggiornamento: 9 Maggio 2019

**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 45% del premio imponibile in caso di durata del  
finanziamento da 121 mesi fino a 180 mesi

**BENEFICIARI**

**BENEFICIARI COPERTURE DANNI**

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

**BENEFICIARI COPERTURA CASO MORTE**

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

**AVVERTENZA:**

**La invitiamo a compilare dettagliatamente la sezione dedicata ai dati dei Beneficiari in forma nominativa; in mancanza l'Impresa di Assicurazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi.**

**Ricordiamo altresì che la modifica o la revoca dei Beneficiari deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione.**

**Beneficiario nominativo:**

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

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

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

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



**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 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni  
04594530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa  
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 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni  
04594530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa  
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

www.veraassicurazioni.it

**Referente terzo:**

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

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

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

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

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

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

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,
    - ricovero ospedaliero da infortunio e 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 Set Informativo. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Imprese e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- **dichiara di essere a** conoscenza che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione del finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del premio assicurativo e decorre dal giorno di erogazione del finanziamento e termina alla data di scadenza del finanziamento o al compimento del 76esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa, per somme assicurate superiori ai 20.000,00 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.30 CRITERI DI INDENNIZZABILITA' delle Condizioni di Assicurazione;
- **dichiara** di essere a conoscenza dei requisiti di assicurabilità riportati all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ;
- **prende atto** di poter recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. Il premio pagato, al netto delle eventuali imposte, sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso 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. 26-29-34: "Prestazioni Assicurate"; Art. 27-32-36-41: "Esclusioni"; Art. 11: "Denuncia di sinistro"; Art. 31-35-40: "Indennizzo".

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

**DICHIARO CHE**

- sono consapevole che l'adesione alla Polizza è facoltativa;
- il prodotto corrisponde alle mie esigenze di protezione assicurativa personale e dei soggetti designati come Beneficiari.

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 \_\_\_\_\_

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

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

AGOS DUCATO  
\_\_\_\_\_

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

#### AVVERTENZE:

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

#### PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RIFERITA ALL'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 \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS N° 231 DEL 2 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. E AL REGOLAMENTO IVASS 5 DEL 21.07.14 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 70 anni di età ed è da ritenersi valido a condizione che la copertura abbia decorrenza entro 180 gg. dalla sottoscrizione dello stesso.

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

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

<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>	
<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"/> Sì <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"/> Sì <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"/> Sì <input type="checkbox"/> No</span></li><li>• Malattie oncologiche: Tumori maligni, leucemia, linfomi. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</span></li><li>• Malattie metaboliche: Diabete mellito di tipo 1 o 2 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sì <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"/> Sì <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"/> Sì <input type="checkbox"/> No</span></li><li>• Malattie gastroenterologiche: Cirrosi epatica, colite ulcerosa o morbo di Crohn <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</span></li><li>• Malattie dell'apparato urinario: Nefriti, insufficienza renale cronica in dialisi <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</span></li><li>• Trapianti: Trapianto d'organo (tranne trapianto di cornea) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sì <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"/> Sì <input type="checkbox"/> No</span></li></ul>	
<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>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<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>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

### DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

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

DATA \_\_\_\_\_

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