

**CREDIT PROTECTION A PREMIO ANNUO
ABBINABILE AI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO
TARIFFE CP71**

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA

**per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Inabilità
Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa per la Copertura Caso Morte;
- Nota Informativa per le Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa sul Trattamento dei Dati Personali;
- Modulo di Adesione.

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

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

Vera Assicurazioni S.p.A.

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

Vera Protezione S.p.A.

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

1. NOTA INFORMATIVA

CREDIT PROTECTION A PREMIO ANNUO ABBINABILE AI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO

- **Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a premio annuo ed a Capitale Costante – Polizza Collettiva nr.59357**

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

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

Numero di telefono: 800.341292 – sito internet: www.veraprotezione.it.

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: info@veraprotezione.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni@veraprotezione.it

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

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Vera Protezione S.p.A. è pari a Euro 69.787.652,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 47.500.000,00 (i.v.), le Riserve Patrimoniali a Euro 7.449.461,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio dell'Impresa stessa è pari al 269%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1074%.

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

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

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

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

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

La durata della Copertura Assicurativa, espressa in mesi interi, è pari a 60 mesi.

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente la Banca che ha concesso almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato;

- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente (Imprese) intestatari di Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato che abbiano deciso di aderire;
- un'Impresa intestataria di almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato che designa gli Assicurati della presente Polizza Collettiva tra i suoi titolari, collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per la stessa.
Inoltre il presente Contratto può essere stipulato da persone fisiche iscritte ad albi professionali per Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato deliberati e perfezionati in relazione alla specifica attività professionale esercitata, in tal caso l'Assicurato sarà la medesima persona fisica. Laddove non diversamente indicato, il termine Impresa si intende riferito anche a tali persone fisiche;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata pari all'importo complessivo dei Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato deliberati e perfezionati con l'Impresa assicurati (di seguito Fidi Operativi).
In caso di più Assicurati dell'importo complessivo dei Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato assicurati, possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche:
 - con la possibilità di ripartire la somma assicurata in proporzioni di volta in volta definibili fra gli Assicurati;
 - oppure:
 - ogni Assicurato potrà essere assicurato pro quota (con capitale assicurato in parti uguali);
 - oppure:
 - un Assicurato potrà essere coperto per l'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati.

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

- prestazione in caso di Decesso

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, l'Impresa di Assicurazione liquida ai Beneficiari la prestazione assicurativa pari all'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati. La prestazione assicurativa verrà corrisposta previa comunicazione documentata della Contraente.

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 750.000,00 per Assicurato. Nel caso in cui l'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati sia superiore al massimale di Euro 750.000,00 l'indennizzo liquidato sarà pari a Euro 750.000,00. Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 26 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;**
- **fino al 30° giorno successivo alla data di sospensione del pagamento dei premi annui.**

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

4. PREMI

La Copertura Assicurativa verrà prestata dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa di premi annui di importo costante per tutta la durata contrattuale.

I premi annui sono calcolati in percentuale dell'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il primo premio annuo costante viene versato dall'Impresa al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Le successive annualità di premio vengono addebitate ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

Il versamento dei premi avviene mediante addebito sul conto corrente dell'Impresa stessa.

A tal fine l'Impresa ha conferito alla Contraente della Polizza apposito mandato al pagamento del Premio all'Impresa di Assicurazione.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 40% di ciascun Premio annuo versato.

La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 87,50% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio Annuo di Euro 1.000,00, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 400,00 di cui Euro 350,00 rappresentano l'importo percepito dall' Intermediario.

In caso di:

- **disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato in essere,**
- **accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente di un Assicurato,**

la Copertura Assicurativa viene risolta rispettivamente, dalla ricorrenza annua successiva alla data di disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato/accertamento e riconosciuta indennizzabilità del sinistro.

Esclusivamente al momento della disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo determinato (non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di un sinistro di Invalidità Totale Permanente di un Assicurato), in alternativa l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "DISDETTA/CHIUSURA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO" delle Condizioni di Assicurazione.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. COSTI

5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO

5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

COSTO PERCENTUALE: il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel Tasso di Premio è pari alla seguente percentuale:

Costo %
40%

Il costo è calcolato su ciascun Premio Annuo Costante versato.

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

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

Quota-parte del costo retrocessa all'Intermediario
87,50%

6. SCONTI

Non sono previsti sconti.

7. REGIME FISCALE - LEGALE

7.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

7.2 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

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

7.3 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

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

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

7.4 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

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

Nel caso specifico del presente contratto, in considerazione della finalità della Convenzione da cui esso discende e della sua natura di Polizza Collettiva, si fa presente che la disciplina sopra riportata va coordinata con altre disposizioni fiscali (deducibilità dal reddito d'impresa ecc.) la cui applicazione può dipendere da una serie di elementi quali la natura del rapporto fra l'Impresa e gli Assicurati.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato e di pagamento del primo premio annuo costante da parte dell'Impresa a condizione che sia stato deliberato e perfezionato almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato.

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

Per maggiori dettagli relativi alla data di decorrenza del Contratto e all'efficacia della Copertura Assicurativa si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

- decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato nell'ambito dell'abbinata Copertura di Invalidità Totale Permanente prestata dall'Impresa di Assicurazione Vera Assicurazioni S.p.A.;
- esercizio del diritto di recesso;
- disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato in essere, alla ricorrenza annua successiva della Copertura Assicurativa;
- sospensione del pagamento dei premi, trascorsi 30 giorni dalla scadenza del primo premio annuo costante non pagato;
- alla data di scadenza della Copertura Assicurativa nel caso in cui siano trascorsi 60 mesi dalla data di decorrenza;
- annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte dell'Impresa di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" e dell'Art. 10 "DISDETTA/CHIUSURA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO" delle Condizioni di Assicurazione.

9.2 SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

In caso di sospensione del pagamento dei premi, trascorsi 30 giorni dalla scadenza del primo premio annuo non pagato, la Copertura Assicurativa si risolve.

Per maggior dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione.

10. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI

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

11. DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Banca ove sono stati accessi i Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:

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

L'eventuale Premio pagato verrà rimborsato all'Impresa per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

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

12.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dai Beneficiari, i quali potranno compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Filiale della Contraente. La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata all'Impresa di Assicurazione al seguente indirizzo: Vera Protezione S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

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

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

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

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

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato affinché sia sua cura porre i Beneficiari nelle condizioni di produrre la documentazione richiesta dall'Impresa di Assicurazione.

12.2 PRESCRIZIONE

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

13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

Le Parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

15. RECLAMI

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

Vera Protezione S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona *indirizzo email: reclami@veraprotezione.it*.

I reclami riguardanti invece il comportamento dell'intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati all'intermediario stesso che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione.

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

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

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06/42133.353/745 Numero Verde 800-486661

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

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

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

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

Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Assicurato riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso. Tramite l'Area Clienti l'Assicurato può consultare ad esempio le Condizioni Contrattuali, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

17. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Le comunicazioni dell'Assicurato possono essere fatte pervenire, oltre che direttamente all'Impresa di Assicurazione mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a:

- Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona
anche alla Contraente presso cui è appoggiato il Contratto di Assicurazione.

18. CONFLITTO DI INTERESSI

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

Il presente prodotto è intermediato dalle Banche del Gruppo Banco BPM.

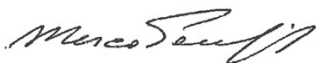
Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta. L'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

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

* * * *

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

**Il rappresentante legale
Marco Passafiume**



Data ultimo aggiornamento: 3 aprile 2018

1. NOTA INFORMATIVA

CREDIT PROTECTION A PREMIO ANNUO ABBINABILE AI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO

- **Coperture Danni: - Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia — Polizza Collettiva nr. 3571.**

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

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

Numero di telefono: 045/839277 – sito internet: www.veraassicurazioni.it.

Indirizzo di posta elettronica:

– per informazioni di carattere generale: info@veraassicurazioni.it

– per informazioni relative alle liquidazioni: sinistrire@veraassicurazioni.it

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

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Vera Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 81.514.976,00 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 2.248.381,00 di Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Impresa stessa è pari al 370%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1282%.

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

La durata delle Coperture Assicurative, espressa in mesi interi, è pari a 60 mesi.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

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

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

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente la Banca che ha concesso almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente (Imprese) intestatari di Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato che abbiano deciso di aderire;
- un'Impresa intestataria di almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato che designa gli Assicurati della presente Polizza Collettiva tra i suoi titolari, collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per la stessa. Inoltre il presente Contratto può essere stipulato da persone fisiche iscritte ad albi professionali per Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato deliberati e perfezionati in relazione alla specifica attività professionale esercitata, in tal caso l'Assicurato sarà la medesima persona fisica. Laddove non diversamente indicato, il termine Impresa si intende riferito anche a tali persone fisiche
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata pari all'importo complessivo dei Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato deliberati e perfezionati con l'Impresa assicurati (di seguito Fidi Operativi).

In caso di più Assicurati dell'importo complessivo dei Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato assicurati, possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche:

- con la possibilità di ripartire la somma assicurata in proporzioni di volta in volta definibili fra gli Assicurati;
- oppure:
- ogni Assicurato potrà essere assicurato pro quota (con capitale assicurato in parti uguali);
- oppure:
- un Assicurato potrà essere coperto per l'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati.

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

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

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

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, l'Impresa di Assicurazione liquida all'Assicurato la prestazione assicurativa pari all'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati. La prestazione assicurativa verrà corrisposta previa comunicazione documentata della Contraente. Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'art. 28 " PRESTAZIONI ASSICURATE " delle Condizioni di Assicurazione.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro. Nel caso in cui l'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati sia superiore al massimale di Euro 750.000,00 l'indennizzo liquidato sarà pari a Euro 750.000,00. **Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" delle Condizioni di Assicurazione.**

La presente garanzia viene prestata:

- solo in caso di Invalidità Totale e Permanente pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica;
- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 30 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;

- per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- fino al 30° giorno successivo alla data di sospensione del pagamento dei premi annui.

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

Capitale assicurato 400.000 Euro	Capitale assicurato al momento dell'invalidità permanente da malattia o da infortunio 400.000 Euro	Franchigia di polizza Liquidazione del residuo totale in caso di postumi pari o superiori al 60%
Postumi da invalidità permanente valutati 60%	Liquidazione di 400.000 Euro	Invalidità 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta

PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile all'Impresa di un importo calcolato applicando all'importo dei Fidi Operativi assicurati un interesse mensile calcolato sulla base di un tasso di interesse pari alla somma tra l'Euribor 3 mesi media mese precedente rispetto alla data dell'avvenuto sinistro aumentato di uno spread fisso annuo pari al 9%, con il massimo di Euro 5.000,00 al mese, per un massimo di 6 competenze mensili per Sinistro e 18 competenze mensili per tutta la durata contrattuale

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 32 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 33 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- fino al 30° giorno successivo alla data di sospensione del pagamento dei premi annui.

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

Competenza mensile da rimborsare = 3.000 Euro	Competenza massima mensile liquidabile = 5.000 Euro	Franchigia assoluta = 30 giorni
Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia	Liquidazione della competenza mensile di 3.000 Euro solamente se la suddetta competenza scade nel periodo di inabilità	Superato il periodo di franchigia, si paga la competenza che scade durante il periodo di inabilità. Ad esempio: Durata Inabilità temporanea = 60 giorni: Scadenza competenza = 30 di ogni mese Data sinistro = 1 luglio; Scadenza competenza 30 Luglio in franchigia; scadenza competenza successiva in copertura
Data di inizio copertura = 1 Settembre Data della Inabilità = 15 settembre	Durata della inabilità = 30 giorni	Nessun indennizzo in quanto avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza). In questo caso la durata dell'inabilità è ininfluente.

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

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

AVVERTENZA Prima di sottoscrivere il Questionario Medico, l'eventuale Rapporto di Visita Medica ed il Modulo di Adesione l'Assicurato dovrà verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni rese in essi contenute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione, nonché determinare la cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

5. PREMI

Le Coperture Assicurative verranno prestata dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa di premi annui di importo costante per tutta la durata contrattuale. I premi annui sono calcolati in percentuale dell'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il primo premio annuo costante viene versato dall'Impresa al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Le successive annualità di premio vengono addebitate ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza delle Coperture Assicurative.

Il versamento dei premi avviene mediante addebito sul conto corrente dell'Impresa stessa che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza apposito mandato all'incasso.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel tasso di Premio - riportati all'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 40% del PREMIO ANNUO versato al netto delle imposte – dove applicabili -. La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 87,50% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un PREMIO ANNUO di Euro 1.000,00, al netto delle imposte, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 400,00 di cui Euro 350,00 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

In caso di:

- **disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato in essere,**
- **decesso di un Assicurato,**

la Copertura Assicurativa viene risolta rispettivamente, dalla ricorrenza annua successiva alla data di disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato/dal decesso dell'Assicurato.

Esclusivamente al momento della disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo determinato (non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di un sinistro di Invalidità Totale Permanente di un Assicurato o di Decesso dell'Assicurato), in alternativa l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "DISDETTA/CHIUSURA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO" delle Condizioni di Assicurazione.

6. RIVALSE

L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Impresa, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essi effettuati in forza delle Coperture Assicurative del presente Contratto di Assicurazione descritte nella presente Nota Informativa come riportato all'Art. 13 "RINUNCIA ALLA RIVALSA" delle Condizioni di Assicurazione.

7. DIRITTO DI RECESSO

7.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 7 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

7.2 DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente ove sono stati accessi i Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato. In alternativa potrà inviare 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.

Si rimanda all'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.

8. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

10. REGIME FISCALE

10.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

10.2 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa le somme corrisposte a seguito di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia ed Inabilità Temporanea Totale in dipendenza del presente Contratto di Assicurazione, non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986.

Nel caso specifico del presente contratto, in considerazione della finalità della Convenzione da cui esso discende e della sua natura di Polizza Collettiva, si fa presente che la disciplina sopra riportata va coordinata con altre disposizioni fiscali (deducibilità dal reddito d'impresa ecc.) la cui applicazione può dipendere da una serie di elementi quali la natura del rapporto fra l'Impresa e gli Assicurati.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI

La gestione dei sinistri è affidata ad una Struttura Esterna, CIS Insurance Services.

L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il Sinistro per il quale è prestata le Coperture Assicurative.

La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, può essere effettuata presso la Banca compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro.

La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata entro 60 giorni ad Vera Assicurazioni S.p.A. – Servizio Sinistri – mediante servizio postale all'indirizzo: Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

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

L'Impresa potrà rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri al seguente numero verde:

SERVIZIO CLIENTI

N° Verde 800 893 495

dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 31-35 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

L'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia dei Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa di Assicurazione. **Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico di quest'ultima.**

12. RECLAMI

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

I reclami riguardanti invece il comportamento dell'intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati all'intermediario stesso che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione.

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

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

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06/42133.353/745 Numero Verde 800-486661

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

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

13. ARBITRATO

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

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

14. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

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

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

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

15. CONFLITTO DI INTERESSI

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

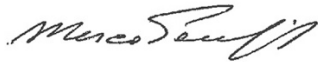
Il presente prodotto è intermediato dalle Banche del Gruppo Banco BPM.

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta. L'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra. L'Impresa di Assicurazione, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

* * * *

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

Il rappresentante legale
Marco Passafiume



Data ultimo aggiornamento: 3 aprile 2018

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CREDIT PROTECTION A PREMIO ANNUO ABBINABILE AI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 3571 stipulata tra il Banco BPM S.p.A. e Vera Assicurazioni S.p.A. e della Polizza Collettiva n. 59357 stipulata tra il Banco BPM S.p.A. ed Vera Protezione S.p.A. sono depositati presso la sede della Contraente e, rispettivamente, presso le sedi di Vera Assicurazioni S.p.A. e Vera Protezione S.p.A..

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra la Banca e le Imprese di Assicurazione, comprende le garanzie:

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

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

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

ART. 2 OBBLIGHI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

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 di Assicurazione valgono le norme di legge applicabili.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Il presente Contratto di Assicurazione può essere stipulato qualora l'Impresa sottoscriva almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato.

E' assicurabile ciascuna persona fisica, titolare, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicata dall'Impresa stessa la quale abbia:

- residenza nel territorio della Repubblica Italiana;
- un'età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle presenti Coperture Assicurative risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più Finanziamenti/Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato assicurati) e dell'età, secondo la tabella seguente:
 1. compilato un Questionario Medico su apposito modulo;
 2. compilato il "Rapporto di Visita Medica" su apposito modulo ed effettuato gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dalla Impresa di Assicurazione.

Inoltre il presente Contratto può essere stipulato da persone fisiche iscritte ad albi professionali per Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato deliberati e perfezionati in relazione alla specifica attività professionale esercitata, in tal caso l'Assicurato sarà la medesima persona fisica nel rispetto delle condizioni di assicurabilità sopra riportate.

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

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età all'adesione da 18 compiuti a 65 anni compiuti	Età all'adesione da 66 compiuti a 70 compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Rapporto Visita medica
Oltre € 300.000,00 - Fino a € 750.000,00 (**)	Rapporto Visita medica	Rapporto Visita medica

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

- devono essere considerate anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con la Impresa di Assicurazione;
- l'importo è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più Finanziamenti/Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato assicurati.

(**) nel caso in cui, per effetto di cumuli con altre eventuali Coperture Assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione, la somma assicurata ecceda i 750.000,00 Euro è richiesto sempre il Rapporto di Visita medica oltre all'ulteriore documentazione che l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di richiedere.

Le Imprese di Assicurazione:

- relativamente al Questionario Medico, si riserva il diritto, una volta esaminato lo stesso di richiedere la compilazione del Rapporto di Visita Medica;
- relativamente al Rapporto di Visita Medica, si riservano il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto delle Coperture Assicurative. Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente ed inviati alle Imprese di Assicurazione.

Si precisa che possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche per ciascun Contratto:

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

oppure:

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

oppure:

- un Assicurato potrà essere coperto per l'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati.

ART 3.1 CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E IMPRESA

Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, in base ai quali sussistevano i requisiti di assicurabilità di cui al precedente Art. 3, quest'ultima dovrà:

- dare tempestiva comunicazione dell'avvenuta cessazione alle Imprese di Assicurazione per il tramite della Contraente; in mancanza di tale comunicazione le Coperture Assicurative si intendono operanti per l'Assicurato originariamente indicato;
- comunicare alle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente - compilando il Modulo Cambio Assicurato -, il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio, il quale dovrà sottoporsi alle formalità assuntive di cui all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" che precede.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico, il nuovo Assicurato è ammesso alle Coperture Assicurative con decorrenza dalla data di sottoscrizione del Modulo Cambio Assicurato.

Qualora invece sia richiesta la compilazione del Rapporto di Visita Medica:

- le Coperture Assicurative non saranno efficaci per il nuovo Assicurato fino a produzione da parte dello stesso di tutta la documentazione sanitaria richiesta e l'accettazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione;

- le Coperture Assicurative continueranno ad essere operante per l'Assicurato originariamente indicato fino all'accettazione del rischio sul nuovo Assicurato da parte delle Imprese di Assicurazione.

Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'Assicurando sia ritenuto non ammissibile in copertura, le Imprese di Assicurazione comunicheranno all'Impresa, per il tramite della Contraente, il rifiuto del rischio. L'Impresa provvederà a comunicare, per il tramite della Contraente, alle Imprese di Assicurazione il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio, il quale dovrà sottoporsi alle formalità assuntive di cui all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" che precede.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari all'importo dei Fidi Operativi assicurati.

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte o Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche in caso di assicurazione di più Finanziamenti/Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato assicurati;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: Euro 5.000,00 mensili col massimo di 6 competenze mensili per Sinistro e 18 competenze mensili per l'intera durata delle Coperture Assicurative.

Nel caso in cui l'importo dei Fidi Operativi assicurati sia superiore al massimale di Euro 750.000,00 l'indennizzo liquidato sarà pari a Euro 750.000,00.

ART. 5 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, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti per le quali le Imprese di Assicurazione non avrebbero consentito la stipula del Contratto di Assicurazione secondo quanto previsto dall'art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ", le Imprese di Assicurazione, previa comunicazione da farsi all'Impresa/Assicurato 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 alla restituzione integrale del premio versato all'Impresa, 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 Medico o dell'eventuale Rapporto di Visita Medica per le quali le Imprese di Assicurazione non avrebbero consentito la stipula del Contratto di Assicurazione le Coperture Assicurative vengono risolte e i premi corrisposti rimangono acquisiti dalle Imprese di Assicurazione. L'Impresa non dovrà più corrispondere i successivi premi.

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 l'Impresa di Assicurazione ne invierà comunicazione scritta all'Impresa/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 alle Coperture Assicurative informazioni inerenti allo stato di salute, si richiama particolare attenzione degli

Assicurati che devono corrispondere a verità ed esattezza. In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, la Contraente, l'Impresa 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. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato e di pagamento del primo premio annuo costante da parte dell'Impresa a condizione che sia stato erogato almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato.

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 è comunicata alle Imprese di Assicurazione dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative, all'Impresa 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 ;
- il riepilogo delle caratteristiche delle Coperture Assicurative sottoscritte.

La durata delle Coperture Assicurative, espressa in mesi interi, è pari a 60 mesi dalla Data di decorrenza.

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

- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente di un Assicurato,
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- esercizio del diritto di recesso;
- in caso di disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato in essere, alla ricorrenza annua successiva delle Coperture Assicurative;
- in caso di sospensione del pagamento dei premi, trascorsi 30 giorni dalla scadenza del primo premio annuo costante non pagato;
- alla data di scadenza delle Coperture Assicurative nel caso in cui siano trascorsi 60 mesi dalla data di decorrenza;
- annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

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

Nel caso vi siano più Assicurati dei medesimi Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato e venga effettuata la chiusura degli stessi in seguito alla liquidazione dell'indennizzo per Decesso o per Invalidità Totale e Permanente di un Assicurato, le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicata alle Imprese di Assicurazione la chiusura dei Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato. L'Impresa avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative per uno o più Assicurati fino alla scadenza originaria delle stesse, sempre ad esclusione delle Coperture Assicurative cessate per Invalidità Totale Permanente. Il premio versato relativo all'Assicurato sul quale si è verificato il sinistro di Decesso o di Invalidità Totale e Permanente resta comunque acquisto dalle Imprese di Assicurazione.

Nel caso vi siano più Assicurati dei medesimi Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato e venga effettuata la disdetta/chiusura degli stessi, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati. In caso di disdetta/chiusura l'Impresa avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative per uno o più Assicurati fino alla scadenza originaria della stessa.

In caso di cessazione dell'Impresa, contestuale o successiva alla disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato (nel caso in l'Impresa abbia richiesto di proseguire la Copertura Assicurativa) le Coperture Assicurative verranno annullate dalla data di cessazione dell'Impresa.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Banca ove sono stati accesi i Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato e compilando l'apposito Modulo di recesso. 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.

L'eventuale Premio pagato al netto di eventuali imposte verrà rimborsato all'Impresa per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

L'Impresa ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente ove stati accesi i Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato. 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.

Si rimanda all'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" per maggiori dettagli.

ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Beneficiario per la Copertura Caso Morte e per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia è l'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato.

Nel corso della durata contrattuale l'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato - può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione del/dei Beneficiario/i Caso Morte mediante richiesta scritta effettuata presso il Soggetto Incaricato.

Nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali Beneficiari della prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato, sono gli eredi testamentari dell'Assicurato o in mancanza gli eredi legittimi dello stesso, salvo casi di designazioni in contrasto con norme di legge o regolamentari.

Nel corso della durata contrattuale l'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione dei Beneficiari, mediante richiesta scritta effettuata presso il Soggetto Incaricato.

Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purchè la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita.

Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme relative a tali polizze fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

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

ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

Le Coperture Assicurative sono prestate dalle Imprese di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa di premi annui di importo costante per tutta la durata contrattuale.

I premi annui sono calcolati in percentuale dell'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il primo premio annuo costante viene versato dall'Impresa al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Le successive annualità di premio vengono addebitate ad ogni ricorrenza annua della data di decorrenza delle Coperture Assicurative.

Il versamento dei premi avviene trattenuta mediante addebito sul conto corrente dell'Impresa stessa che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza apposito mandato all'esecuzione del pagamento.

Nel Modulo di adesione viene indicato l'importo del Premio annuo da corrispondere per ogni Assicurato. In caso di più Assicurati con ripartizione dell'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati, il Premio per ogni Assicurato è calcolato sulla base della quota percentuale dell'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati relativa ad ogni Assicurato.

L'importo totale di ciascun premio annuo costante è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Morte e della componente del premio per le Coperture Danni. Il premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni viene determinato applicando il tasso dell'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Di seguito vengono riportati i tassi di premio suddivisi per garanzia:

Copertura Morte	0,472%
Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia)	0,228% (*)

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

SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

L'Impresa ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la Banca ove sono stati accessi i Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato. 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.

In caso di sospensione del pagamento dei premi, trascorsi 30 giorni dalla scadenza del primo premio annuo non pagato:

- non è più possibile riattivare le coperture assicurative;
- le coperture assicurative si risolvono ed i premi pagati restano acquisiti dalle Imprese di Assicurazione;
- non è prevista alcuna prestazione a carico delle Imprese di Assicurazione.

ART. 10 DISDETTA/CHIUSURA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO

In caso di:

- disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato assicurato,

- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Decesso o di Invalidità Totale Permanente di un Assicurato,

le Coperture Assicurative vengono risolte rispettivamente alla ricorrenza annua successiva alla data di disdetta/chiusura del Contratto di Apertura di Credito/accertamento e riconosciuta indennizzabilità del sinistro e i premi corrisposti rimangono acquisiti dalle Imprese di Assicurazione. L'Impresa non dovrà più corrispondere i successivi premi.

Esclusivamente al momento della disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo determinato assicurato (non dovuta a liquidazione della prestazione per decesso o sinistro per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato), in alternativa alla risoluzione delle Coperture, l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

La Banca dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione una comunicazione della disdetta/chiusura firmata dall'Impresa dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato assicurato.

ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato, o dai suoi aventi causa, il quale potrà utilizzare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Banca. La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata mediante servizio postale alle Imprese di Assicurazione ai seguenti indirizzi:

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

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

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 341292 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800.893 495 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:45 e dalle ore 14:45 alle ore 18:00.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati negli 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 dei Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato. 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 queste ultime.

Le Imprese di Assicurazione eseguono i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa specificata agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

ART. 12 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E DELL'IMPRESA IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato, per il tramite dell'Impresa, 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'Impresa ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da esse effettuate in forza del presente contratto.

ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 15 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

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

ART. 16 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato, per il tramite dell'Impresa, alle Imprese di Assicurazione, con riferimento alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R.. Eventuali comunicazioni da parte delle Imprese di Assicurazione saranno indirizzate alla sede legale dell'Impresa indicata sul Modulo di Adesione.

ART. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO E ALL'IMPRESA

La Contraente provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo, redatto secondo il Regolamento 35 IVASS, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Copertura Assicurativa.

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 Contraente stessa.

ART. 18 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Le Imprese di Assicurazione rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

ART. 19 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 20 FORO COMPETENTE

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

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

ART. 21 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 22 CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 23 CONTROVERSIE

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

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

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

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

ART. 24 TERMINI DI DECADENZA

Ogni diritto nei confronti delle Imprese di Assicurazione si prescrive entro il termine di dieci anni per le polizze vita e di due anni per le polizze danni 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.

LE GARANZIE ASSICURATIVE

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

ART. 25 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte della Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Impresa, fermo restando le esclusioni previste al successivo Art. 26 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari all'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 750.000,00 per Assicurato come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di più Assicurati del medesimo importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati con ripartizione dell'importo stesso, la prestazione assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Contratto di Assicurazione oppure in caso di Invalidità Totale e Permanente nel corso della durata contrattuale che dia luogo al pagamento del sinistro, non è prevista alcuna prestazione a carico della Impresa di Assicurazione ed i premi versati restano acquisiti da quest'ultima.

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Impresa dalla Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 26 ESCLUSIONI

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

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dei Beneficiari;

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;
- 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 abuso od uso 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 inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da malattia o infortunio;
 - malattie, malformazioni, stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
 - trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
 - tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
 - malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- 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;
- 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.viaggiare Sicuri.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.

ART. 27 DENUNCIA DI 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 rivolgersi alla Contraente, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800-341292 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00) o **all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it**.

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 in cui il Beneficiario firma il modulo di richiesta liquidazione presso la Contraente, riportata in calce al modulo stesso;
- oppure
- in caso di invio della richiesta di liquidazione direttamente all'Impresa 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. dichiarazione della Banca attestante l'importo del Debito residuo, in capo all'Impresa, alla data del decesso.**

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

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

- utilizzando il modulo liquidativo scaricabile dal sito internet www.veraprotezione.it;
- 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.

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 se il Beneficiario intrattiene rapporti professionali 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)**

- 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):**

- 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:**

Occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante (fac simile disponibile sul sito 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).*

ii) **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio -** oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia

del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'impresa di Assicurazione stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare l'Impresa di Assicurazione al seguente numero verde: 800.341292, operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00.

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

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

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal tutore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia del Decreto del Giudice Tutelare** (ricorso e relativa autorizzazione) che autorizzi il tutore (esecutore) in nome e per conto dei minori/interdetti/incapaci a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato (per importi entro euro 2.500,00 sarà possibile compilare e sottoscrivere una manleva – un fac-simile è presente sul sito www.veraprotezione.it 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 apertesi dopo il 3/10/2006, ai sensi della legge di conversione del D. Lgs. n. 262/2006, è necessario produrre:

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

oppure

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

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, 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.

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 28 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Impresa, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 30 "ESCLUSIONI".

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

La prestazione assicurata è pari all'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di più Assicurati del medesimo importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati con ripartizione dell'importo stesso, la prestazione assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati.

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

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Impresa dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 29 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Infortunio:

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

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

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

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi. Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di 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. 30 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia causati da:

- 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 Inabilità o Invalidità Permanente rispettivamente da Malattia o Infortunio;

- malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali-dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
- trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
- tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi, che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
- malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- 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;
- 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;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologia ad essa correlate;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- infortuni causati da alcolismo, abuso o uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- aborto procurato o volontario o complicazioni derivanti da tali eventi;
- infortuni 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, eccetera);
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze;

- applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- inoltre sono esclusi gli infortuni causati:
 - dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - dalla pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
 - dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza

ART. 31 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto ad Vera Assicurazioni S.p.A. entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia deve essere allegata alla denuncia di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN.

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 32 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile all'Impresa di un importo calcolato applicando all'importo dei Fidi Operativi assicurati un interesse mensile calcolato sulla base di un tasso di interesse pari alla somma tra l'Euribor 3 mesi media mese precedente rispetto alla data dell'avvenuto sinistro aumentato di uno spread fisso annuo pari al 9%, **con il massimo di Euro 5.000,00 al mese, per un massimo di 6 competenze mensili per Sinistro e 18 competenze mensili per tutta la durata contrattuale.**

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di Infortunio o Malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere.

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia è sottoposta:

- **ad un Periodo di Carenza di 30 giorni: qualora l'Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurata l'indennità non verrà corrisposta;**
- **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa.**

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Impresa dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 33 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Inabilità Temporanea Totale causati da:

- 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 Inabilità o Invalidità Permanente rispettivamente da Malattia o Infortunio;
 - malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali-dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
 - trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
 - tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi, che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
 - malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- 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;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- ubriachezza, alcolismo, abuso ed uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- conseguenze della pratica di tutti gli sport, amatoriale o professionale, che comporti un compenso o una remunerazione;
- 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, eccetera);
- 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. 34 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa.

ART. 35 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto alle Imprese di Assicurazione entro 60 giorni dall'infortunio o dall'inizio della malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

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 e del codice fiscale 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;

- 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 da Infortunio o Malattia);
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la 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 alla Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Impresa di Assicurazione stessa.

Data ultimo aggiornamento: 3 aprile 2018

3. GLOSSARIO

CREDIT PROTECTION A PREMIO ANNUO ABBINABILE AI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO

Assicurato

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti ed i 70 anni compiuti, titolare, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, che ha aderito facoltativamente alla Polizza Convenzione sottoscrivendo il Modulo di Adesione. L'Impresa indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi. Nel caso di Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato stipulati con soggetti iscritti ad albi professionali in relazione alla specifica attività professionale esercitata, l'Assicurato sarà la medesima persona fisica.

Banca

Coincide con la Contraente.

Beneficiario

Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata: per la Copertura Caso Morte e per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Beneficiario è l'Impresa salvo diversa designazione.

Nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali: Beneficiari in caso di Decesso dell'Assicurato, sono gli eredi testamentari dell'Assicurato o in mancanza gli eredi legittimi dello stesso, salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato sul Modulo di Adesione o in caso di designazioni in contrasto con norme di legge o regolamentari. Beneficiario per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, è l'Assicurato stesso.

Carenza

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Impresa di Assicurazione non corrisponde la prestazione assicurata.

Competenze

Interessi sul capitale assicurato iniziale calcolati ad un tasso pari alla somma tra l'Euribor 3 mesi media mese precedente rispetto alla data di avvenuto sinistro, aumentato di uno spread fisso annuo pari al 9%.

Contraente

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

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale le Imprese di Assicurazione, a fronte del pagamento di premi annui di importo costante, 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 da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

Convenzione Assicurativa

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

Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato

Per Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato (c.d. Fido) si intende un Contratto con il quale la Banca, su richiesta del cliente, concede allo stesso la possibilità di utilizzare somme di denaro oltre l'ammontare di quelle depositate, per un periodo di tempo indeterminato (a revoca).

Copertura Assicurativa

Le garanzie assicurative concesse dalle Imprese di Assicurazione e generata dal versamento di Premi Annuì di importo costante, a fronte del quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Data di decorrenza

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione e di pagamento del primo premio annuo costante da parte dell'Impresa a condizione che sia stato erogato almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato.

Decesso

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

Durata delle Coperture Assicurative

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

Fidi Operativi

Importo complessivo dei Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato deliberati e perfezionati assicurati con l'Impresa alla data di decorrenza delle presenti Coperture Assicurative.

Franchigia

La Franchigia per le Garanzie Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini del presente Contratto di Assicurazione, l'Impresa non ha diritto ad alcuna indennità. La Franchigia per la Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.

Impresa

La Società intestataria di almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato, concesso dalla Contraente, L'Impresa aderisce facoltativamente alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il primo premio annuo. L'Impresa indica inoltre gli Assicurati. Laddove non diversamente indicato, il termine Impresa si intende riferito (in quanto applicabile) anche alle persone fisiche iscritte ad albi professionali che abbiano aderito alle Coperture Assicurative in relazione all'attività professionale esercitata.

Impresa di Assicurazione

Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia): Vera Assicurazioni S.p.A. - Impresa del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento **ISVAP** n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) – Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 01979370036.

Per la copertura morte: Vera Protezione S.p.A. - Impresa del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti IVASS nr. 2709 del 12/6/2009 - Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 05913510961.

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

L'Inabilità è la perdita temporanea ed in misura totale, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Indennizzo

La somma dovuta dalle Imprese di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui al presente Contratto di Assicurazione, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio

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

Intermediario

Il **Banco BPM S.p.A.**, Contraente della Convenzione.

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

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

Istituto di Cura

Qualunque struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

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

Lettera di Benvenuto

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

Malattia

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

Margine di Solvibilità: rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria dell'Impresa di Assicurazione; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dall'Impresa nei confronti degli Assicurati.

Modulo di Adesione

Il documento sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato, mediante il quale avviene l'adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Periodo di Riqualificazione

Il periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Totale Temporanea al Lavoro da Infortunio o Malattia durante il quale l'Assicurato deve svolgere la propria normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Totale Temporanea al Lavoro da Infortunio o Malattia.

Polizze:

Le Polizze collettive di cui alle Convenzioni n. 3571.e n. 59357, stipulate dalla Contraente **Banco BPM S.p.A.**, rispettivamente con Vera Assicurazioni S.p.A. e Vera Protezione S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Contrattuali di Assicurazione a cui abbia aderito facoltativamente l'Impresa e l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Premio

Il premio è la somma dovuta alle Imprese di Assicurazione per le Coperture Assicurative prestate. I premi per il presente Contratto di Assicurazione sono annui di importo costante, vengono addebitati all'Impresa dalla Contraente ad ogni ricorrenza annuale.

L'importo del premio annuo è calcolato alla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative come percentuale dell'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati.

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;

Sinistro

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

Data ultimo aggiornamento: 3 aprile 2018

4. INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'Art.13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

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

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

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

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

- 1. per finalità assicurative/liquidative dei Contitolari** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari ⁽⁵⁾ e conseguenti ⁽⁶⁾ (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui i Contitolari possano avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti ⁽⁷⁾ alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui sono soggetti i Contitolari ⁽⁸⁾; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte dei Contitolari e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
- 2. per finalità di legittimo interesse di marketing di ciascun Contitolare**, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽⁹⁾, salvo opposizione ⁽¹⁰⁾, così da farvi conoscere i prodotti/servizi di ciascun Contitolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;
- 3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito www.cattolica.it), di comunicazione dei dati alle società facenti parte, che li tratteranno per proprie finalità di marketing, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹¹⁾;**

⁽¹⁾ anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

⁽²⁾ ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

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

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

⁽⁵⁾ quali ad esempio la stesura di preventivi;

⁽⁶⁾ quali ad esempio analisi tariffarie;

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

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

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

⁽¹⁰⁾ cfr Capitolo "Diritti dell'Interessato";

⁽¹¹⁾ vedi nota 9;

- 4. se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata da ciascun Contitolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto** ⁽¹²⁾. La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo *social*. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di *marketing* di ciascun Contitolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di *marketing* personalizzate di ciascun Contitolare.
- 5. se acconsentite, per finalità di invio, effettuato da ciascun Contitolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto** ⁽¹³⁾, **di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** ⁽¹⁴⁾ **per finalità di *marketing*;**
Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica.
- 6. se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati, da parte di ciascun Contitolare, a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** ⁽¹⁵⁾, **che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto** ⁽¹⁶⁾, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.

MODALITA' DI TRATTAMENTO

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

COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

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

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

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi ai Contitolari del trattamento e per essi al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email dpo@cattolicaassicurazioni.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali, ad esempio, quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e

⁽¹²⁾ vedi nota 9;

⁽¹³⁾ vedi nota 9;

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

⁽¹⁵⁾ vedi nota 14;

⁽¹⁶⁾ vedi nota 9;

alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento o l'opporvi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

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

TEMPI DI CONSERVAZIONE

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

NATURA DEL CONFERIMENTO

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

Si precisa che:

- sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4⁽¹⁷⁾, 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;
- per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo "Diritti dell'interessato", ed anche nei confronti di un solo Contitolare, cui si rinvia;
- il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi⁽¹⁸⁾, comportano solo l'impossibilità per ciascun Contitolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell'interessato.

I Contitolari r.l.p.t.

Data ultimo aggiornamento 3 aprile 2018

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

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

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

MODULO DI ADESIONE

CREDITOR PROTECTION A PREMIO ANNUO ABBINABILE A CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA
TARIFFA CP71

Polizze Collettive n. 3571 Vera Assicurazioni S.p.A. - n. 59357 Vera Protezione S.p.A.

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

L'Impresa (Ragione Sociale) /Il Sottoscritto.....	N.D.G.
Codice Fiscale/Partita IVA
Indirizzo email	numero telefonico
in relazione ai Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato operativi con la Banca (di seguito "Banca"):	
Filiale di	codice filiale
importo complessivo dei fidi operativi assicurati pari a Euro	
ed il/i seguente/i Assicurato/i	
1 Nome e Cognome	N.D.G.
Codice Fiscale	percentuale quota di copertura assicurativa%
2 Nome e Cognome	N.D.G.
Codice Fiscale	percentuale quota di copertura assicurativa%
3 Nome e Cognome	N.D.G.
Codice Fiscale	percentuale quota di copertura assicurativa%
4 Nome e Cognome	N.D.G.
Codice Fiscale	percentuale quota di copertura assicurativa%
Decorrenza copertura: h. 24.00 del giorno di pagamento del primo premio annuo	
DURATA COPERTURA ASSICURATIVA: pari a 5 anni (60 mesi) .	
DATA DI SCADENZA COPERTURA:	
CHIEDO/IAMO (in caso di più soggetti futuri Assicurati) che la copertura assicurativa di cui al presente modulo, se non indicata le relativa percentuale quota, venga attribuita pro quota in parti uguali a tutti gli Assicurati	
LUOGO E DATA	TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA
Importo Premio Vita Nr. 1: Euro	Importo Premio Danni Nr. 1: Euro
Importo Premio Totale Nr. 1: Euro	Capitale Assicurato Caso Morte o ITP Euro
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: EuroImporto percepito dall'Intermediario: Euro	
FIRMA DELL'ASSICURATO 1	
Importo Premio Vita Nr. 2: Euro	Importo Premio Danni Nr. 2: Euro
Importo Premio Totale Nr. 2: Euro	Capitale Assicurato Caso Morte o ITP Euro
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: EuroImporto percepito dall'Intermediario: Euro	
FIRMA DELL'ASSICURATO 2	
Importo Premio Vita Nr. 3: Euro	Importo Premio Danni Nr. 3: Euro
Importo Premio Totale Nr. 3: Euro	Capitale Assicurato Caso Morte o ITP Euro
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: EuroImporto percepito dall'Intermediario: Euro	
FIRMA DELL'ASSICURATO 3	
Importo Premio Vita Nr. 4: Euro	Importo Premio Danni Nr. 4: Euro

Vera Assicurazioni S.p.A.

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

Vera Protezione S.p.A.

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

Importo Premio Totale Nr. 4: Euro Capitale Assicurato Caso Morte o ITP Euro
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro Importo percepito dall'Intermediario: Euro

FIRMA DELL'ASSICURATO 4

N.B. IL PREMIO E' CALCOLATO SULLA BASE DEI DATI RELATIVI ALL'IMPORTO COMPLESSIVO DEI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO OPERATIVI ASSICURATI.

BENEFICIARI

Beneficiario delle Coperture Assicurative è l'Impresa.

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

Nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali per la Copertura Caso Morte, Beneficiario/i della prestazione in caso di decesso sono gli eredi testamentari o in mancanza legittimi dell'Assicurato.
.....

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

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DELL'/DEGLI ASSICURATO/I E DELL'IMPRESA:

PRESO ATTO

- che la "Banca" ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
- ad Vera Protezione S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause,
- ad Vera Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
 - invalidità totale permanente da infortunio o malattia,
 - inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio o malattia,
- in relazione ai Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato;
- che le suddette garanzie, per la Copertura Vita (morte per tutte le cause) si riferiscono alla polizza collettiva n. 59357 che la Banca ha stipulato con Vera Protezione S.p.A., per le Coperture Danni (invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale,) si riferiscono alle polizze collettive n. 3571 che la Banca ha stipulato con Vera Assicurazioni S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinate ai Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato deliberati e perfezionati con la "Banca" sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni Contrattuali;
- che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata alla delibera e perfezionamento di almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato assicurato, oltre che all'avvenuto pagamento del primo premio annuo assicurativo e decorre dal giorno di pagamento del primo premio annuo e termina alla data di scadenza della Copertura Assicurativa.
- che la piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata, in funzione della somma assicurata e dell'età dell'Assicurato, come meglio riportato all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ delle Condizioni di Assicurazione:
 - alla sottoscrizione del QUESTIONARIO MEDICO riportato su apposito Modulo; ovvero
 - alla sottoscrizione del RAPPORTO DI VISITA MEDICA riportato su apposito Modulo e all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. L'emissione del Contratto è riservata alla Direzione delle Imprese di Assicurazione ed il pagamento del premio verrà effettuato qualora le Imprese abbiano comunicato l'accettazione del rischio;
- **dichiara di essere** consapevole che la percentuale di invalidità riconosciuta in sede di valutazione del sinistro sarà determinata detraendo i punti di invalidità imputabili ad eventi antecedenti la sottoscrizione della polizza, come meglio riportato all'Art.29 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ delle Condizioni di Assicurazione;
- di poter recedere dalle Coperture Assicurative entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. L'eventuale Premio pagato al netto delle eventuali imposte verrà rimborsato all'Impresa, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

DICHIARO/IAMO

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- **di aderire** alle polizze collettive suindicate, che prevedono il versamento di premi annui di importo costante per una durata pari a 5 anni il cui ammontare lordo totale (Copertura Vita e Coperture Danni) è di Euro _____ = (euro _____) comprensivo di imposte del 2,50% sulla parte di premio relativa alle Coperture Danni;
- **di dare mandato** irrevocabile alla Banca a trattenere il suddetto importo dal conto corrente dell'Impresa e ad effettuare in nome o per conto dell'Impresa stessa il pagamento dei premi assicurativi ad Vera Protezione S.p.A. ed a Vera Assicurazioni S.p.A.. I premi della Copertura Vita e

Coperture Danni dovuti per una durata pari alla durata della copertura assicurativa sono calcolati in base all'importo complessivo dei fidi operativi assicurati, secondo le modalità determinate nelle Condizioni Contrattuali.

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

L'Assicurato dichiara di NON avere in corso con Vera Protezione S.p.A., altre coperture assicurative per il caso morte.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RIFERITA ALL'ADERENTE (DA COMPILARE DA PARTE DELL'ADERENTE O SE L'ADERENTE COINCIDE CON L'ASSICURATO)

Preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati ai Contitolari riferiti a terzi, con riferimento:

al trattamento dei dati personali 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;

CONSENTIAMO NON CONSENTIAMO

- da compilare solo nel caso di persone fisiche
- in caso di minori sottoscrivono i soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale

Dichiaro che il flag apposto nei campi "consensi" soprastanti, corrisponde alla mia manifestazione di volontà, anche qualora sia stato inserito a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RIFERITA ALL'ASSICURATO (SE NON COINCIDE CON L'ADERENTE)

Preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati ai Contitolari e riferiti a terzi, con riferimento:

al trattamento dei dati personali anche relativi allo stato di salute per le finalità assicurative/liquidative, 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;

CONSENTIAMO NON CONSENTIAMO

- da compilare solo nel caso di persone fisiche
- in caso di minori sottoscrivono i soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale

Dichiaro che il flag apposto nei campi "consensi" soprastanti, corrisponde alla mia manifestazione di volontà, anche qualora sia stato inserito a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

DICHIARO CHE

- sono consapevole che l'adesione alla Polizza è facoltativa;
- mi è stato presentato l'apposito Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del Contratto rispetto alle mie esigenze e dei soggetti designati come Beneficiari.

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

DICHIARO /IAMO ALTRESI'

- di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali ed il presente Modulo di Adesione che definiscono il Contratto;
- di aver ricevuto il documento contenente - ai sensi dell'art. 49 del Regolamento IVASS n. 5/2006 - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Dichiaro/iamo di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessorie e il disposto dei seguenti articoli: ART. 3 Requisiti di Assicurabilità - Art. 4 Limiti di Indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio - Art. 6 Decorrenza e durata della Copertura Assicurativa - Art. 7 Diritto di recesso - Art. 11 Denuncia del sinistro - Art. 22 Cessione dei Diritti - Art. 23 Controversie - Art. 25-28-32 Prestazioni Assicurate - Art. 26-30-33 Esclusioni

LUOGO E DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

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

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

QUESTIONARIO MEDICO

Il presente Questionario può essere sottoscritto solo per importi fino ad Euro 300.000,00 (importo da calcolarsi considerando anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione) e Assicurati di età all'adesione fino a 65 anni compiuti 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.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

- 1) A. All'Assicurato è mai stata riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL una Invalidità Permanente da malattia o infortunio, oppure ha subito infortuni i cui postumi invalidanti sono tutt'ora in cura o in corso di accertamento?

SI NO

Se SI precisare

.....
.....

- B. L'assicurato è attualmente titolare di una pensione di inabilità o invalidità parziale/totale per infortunio /malattia o ne ha fatto domanda ed è in attesa di riconoscimento?

SI NO

Se SI indicare tipo di pensione, causa ed Ente interessato

.....
.....

- 2) L'Assicurato dichiara che la sua altezza in cm. è pari ae il suo peso in Kg. è pari a

- 3) Le è mai stato diagnosticato e/o è in cura per qualsiasi tipo di tumore maligno, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi?

SI NO

In caso di risposta affermativa, precisare:

.....
.....

- 4) L'Assicurato ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi/prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, ricoveri o assume o ha assunto farmaci in merito alle seguenti malattie?

MALATTIE CARDIO – VASCOLARI:

Ipertensione arteriosa con valori pressori elevati nonostante il trattamento o che abbia causato danni di organi e/o apparati, angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, embolia polmonare, trombosi profonda, trapianto, aneurismi, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio), emorragia cerebrale.

SI NO

In caso di risposta affermativa, precisare:

.....
.....

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO:

Morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi laterale primaria, atrofia muscolare progressiva, miastenia grave, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari, epilessia non controllata dalla terapia, morbo di Alzheimer o altre demenze, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia.

SI NO

In caso di risposta affermativa, precisare:

.....
.....

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:

Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare.

SI NO

In caso di risposta affermativa, precisare:

.....
.....

MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO:

Lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettiviti sistemiche, fibromialgia.

SI NO

In caso di risposta affermativa, precisare:

.....
.....

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:

Esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica.

SI NO

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

.....
.....

MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE:

Insufficienza renale cronica (anche lieve), rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite.

SI NO

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

.....
.....

MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE:

Diabete di tipo I, diabete di tipo II non compensato da terapia farmacologica, adenoma ipofisario in atto con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato da terapia farmacologica, adenoma surrenalico.

SI NO

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

.....
.....

MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO:

Glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/diabetica e/o ipertensiva, neurinoma, maculopatia degenerativa.

SI NO

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

.....
.....

MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO:

Talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, policitemia vera, trombocitemia essenziale, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amloidosi, ipersplenismo, emofilie, HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate.

SI NO

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

.....
.....

- 5) Soffre o ha sofferto di malattie per cui è stata necessaria o prescritta negli ultimi due anni una cura farmacologica continuativa di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide)

SI NO

In caso di risposta affermativa precisare tipo di terapia e patologia connessa

.....
.....

- 6) E' affetto o è mai stato affetto da alcolismo o fa uso o ha fatto uso di stupefacenti, psico-farmaci o allucinogeni non a scopo terapeutico?

SI NO

In caso di risposta affermativa precisare tipo di terapia e patologia connessa

.....
.....

Il Questionario sotto riportato (ANAMNESI FAMILIARE) dovrà essere compilato esclusivamente nei casi di Assicurati che intendano aderire alla copertura assicurativa CPI

- di età compresa tra 18 e 60 anni compiuti alla data di erogazione del Mutuo - somma assicurata per singolo Assicurato compresa tra 200.000,01 e 300.000,00 Euro

Oppure

- di età compresa tra 61 e 65 anni compiuti alla data di erogazione del Mutuo - somma assicurata per singolo Assicurato fino a 300.000,00 Euro

Oppure

- che abbiano dato risposta positiva (SI) ad una delle domande presenti nella parte precedente del presente questionario (Dichiarazioni dell'Assicurando)

ANAMNESI FAMILIARE

Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati prima dell'età di 60 anni

SI NO

- Casi di malattie cardiocircolatorie?

Se sì Indicare a chi, tipo di patologia, età alla diagnosi

.....
.....

- Ipertensione?

SI NO

Se sì indicare a chi ed età alla diagnosi

.....
.....

- Casi di diabete?

SI NO

Se sì indicare a chi ed età alla diagnosi

.....
.....

- Insufficienza renale?

SI NO

Se sì indicare a chi ed età alla diagnosi

.....
.....

- Casi di tumori maligni?

SI NO

Se si indicare a chi, a quale organo ed età alla diagnosi

.....

.....

• Casi di Malattie nervose o mentali?

SI NO

Se si indicare a chi, tipo di patologia ed età alla diagnosi

.....

.....

• Altre malattie a carattere ereditario (come Corea di Huntington o malattia di Alzheimer)?

SI NO

Se si indicare a chi, tipo di patologia ed età alla diagnosi

.....

.....

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

Data ultimo aggiornamento: 3 aprile 2018

Timbro e Firma della Filiale _____
(per convalida firma)

Vera Assicurazioni S.p.A.

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

Vera Protezione S.p.A.

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