VERA Assicurazioni
GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI

VERA Protezione
GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI

DISTRIBUITO DA
BANCO BPM

CREDIT PROTECTION A PREMIO ANNUO
ABBINABILE AI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO
TARIFFA 4CP71

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 Set Informativo contiene:

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

Edizione aggiornata al 09/05/2019

Assicurazione Infortuni e Malattia (CPI)

Vera Assicurazioni S.p.A.

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Impresa di Assicurazione: Vera Assicurazioni S.p.A. **Prodotto: "Credit Protection a Premio Annuo abbinabile ai contratti di apertura di credito a tempo indeterminato – Tariffa CP71"**

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

Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza collettiva ad adesione facoltativa dedicata alle Imprese, che copre il rischio di Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia del titolare, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa Aderente. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento all'adesione alla polizza collettiva che copre il rischio Morte prestata da Vera Protezione S.p.A.

Che cosa è assicurato?

[

✓ Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio o Malattia, è previsto il pagamento in unica soluzione all'Impresa Aderente dell'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati al momento del sinistro.

✓ Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia
Qualora l'Assicurato si trovi nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, è prevista la liquidazione mensile all'Impresa Aderente 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%

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro.
- in caso di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, da Infortunio o Malattia: Euro 5.000,00 mensili col massimo di 6 Indennizzi mensili per Sinistro e 18 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto.]

Che cosa non è assicurato?

[

Le persone fisiche che:

✗ non siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
✗ non abbiano un'età compresa tra 18 e i 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
✗ alla data di scadenza del finanziamento risultino di età superiore a 75 anni;
✗ non abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione e non abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, compilato la documentazione medica necessaria (Questionario Medico/Rapporto di Visita Medica);
✗ non siano collaboratori, soci o dipendenti, dell'Impresa sottoscrivente un Contratto di Finanziamento con Banco BPM S.p.A..]
✗ svolgano una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

Ci sono limiti di copertura?

[

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

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

Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia

! La Copertura Assicurativa è sottoposta
  - ad un Periodo di Carenza iniziale 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.

]

Dove vale la copertura?

✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

Che obblighi ho?

All'inizio del contratto
L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute, e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
Nel corso del contratto
In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, l'Assicurato e l'Impresa Aderente sono tenuti - anche tramite Banco BPM S.p.A. - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.
Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa Aderente, quest'ultima dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia, per il tramite del Banco BPM S.p.A.
In caso di sinistro l'Assicurato deve:

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

Quando e come devo pagare?

Il Premio, comprensivo di imposte, viene corrisposto con frequenza annuale e con importo costante per la tutta la durata contrattuale.
Il primo premio annuo costante viene versato dall'Impresa Aderente 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 pagamento del premio alla Compagnia avviene tramite trattenuta sul conto corrente dell'Impresa Aderente che, a tal fine, conferisce al Banco BPM S.p.A. apposito mandato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa Aderente e dell'Assicurato e di pagamento del primo premio annuo costante da parte dell'Impresa Aderente a condizione che sia stato erogato almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato.
La durata della Copertura Assicurativa, espressa in mesi interi, è pari a 60 mesi.

La garanzia Inabilità Temporanea Totale prevede un Periodo di Carenza (ovvero di non operatività iniziale della garanzia) pari a 30 giorni.

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, Decesso dell'Assicurato, disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato in essere (qualora l'Impresa Aderente stessa non faccia richiesta, al momento della disdetta/chiusura dell'ultimo Contratto di Apertura di Credito di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria)

Vera Assicurazioni S.p.A.
Sede legale in Italia - Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona - Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019
www.veraassicurazioni.it

Vera Protezione S.p.A.

Assicurazione Temporanea caso morte a capitale costante

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

Vera Protezione S.p.A.

Prodotto: **CREDIT PROTECTION A PREMIO ANNUO ABBINABILE AI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO - TARIFFA 4CP71**

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

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

Che tipo di assicurazione è?

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

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- ✓ *Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato: in caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata della Copertura Assicurativa, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato pari all'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati.*
- ✓ *Capitale Assicurato: il capitale assicurato non potrà essere superiore a Euro 750.000,00; limite complessivo per Assicurato anche in caso di assicurazione di più Finanziamenti/Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato assicurati.*
- ✓ *Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.*

Che cosa NON è assicurato?

- × *Non sono coperti i rischi diversi dal decesso dell'Assicurato e pertanto il presente Contratto non prevede prestazioni per eventi quali: invalidità, malattia grave, perdita di non autosufficienza, inabilità di lunga durata. Inoltre il Contratto non prevede prestazioni in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del Contratto o altre coperture di tipo complementare.*
- × *La copertura assicurativa ha una durata pari a 5 anni (60mesi).*

Ci sono limiti di copertura?

- ! *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;*
- *infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'esercito, nella marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di carabinieri, polizia di stato o guardia di finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;*
- *malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'esercito, nella marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di carabinieri, polizia di stato o guardia di finanza o qualsiasi altro corpo militare;*
- *pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;*
- *stato di ubriachezza/ebbrezza:*
  - *qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;*
  - *in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;*
- *decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;*
- *decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.*

! *Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.*

Dove vale la copertura?

✓ *Non vi sono limiti territoriali alla copertura.*

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

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

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Quando e come devo pagare?

- *La Copertura Assicurativa è prestata dalla Compagnia dietro corresponsione di Premi Annui di importo costante per tutta la durata contrattuale.*
- *Il premio annuo è determinato in base all'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.*
- *Il premio per la Copertura Morte viene determinato applicando il tasso dell'importo complessivo dei Fidi Operativi assicurati al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione*
- *Il primo premio annuo costante viene versato dall'Impresa Aderente 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 Aderente stessa.*

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- *La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa Aderente e dell'Assicurato, del Questionario Medico e/o del Rapporto di Visita Medica a condizione che l'Impresa Aderente abbia corrisposto il primo premio annuo contrattualmente previsto e che sia stato erogato almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato.*
- *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;*
  - *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;*
- *Il Contraente, l'Impresa Aderente e l'Assicurato devono avere il domicilio/sede in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.*

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

- *L'Impresa Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo: Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.*

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI × NO

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

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

Assicurazione Caso Morte, Infortuni, Malattia

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

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

Prodotto: **CREDIT PROTECTION A PREMIO ANNUO ABBINABILE AI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO - TARIFFA 4CP71**

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

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

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

Imprese:

- Per l'Assicurazione vita: Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle, n. civico 45; CAP 37126; città Verona; sito internet: www.veraprotezione.it; e-mail: info@veraprotezione.it; pec: veraprotezione@pecgruppocattolica.it.

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

Vera Protezione S.p.A., Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni, ha sede legale e direzione generale in Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.
Numero di telefono: 045 8 391 111 – 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.

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 8 391 111 – sito internet: www.veraassicurazioni.it.
Indirizzo di posta elettronica:
- per informazioni di carattere generale: infore@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.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato di **Vera Protezione S.p.A.**, l'ammontare:
- del Patrimonio Netto è pari a 58 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 48 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 9 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 48 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 12 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 158 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 158 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 3,26 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a).**
Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.veraassicurazioni.it

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato di **Vera Assicurazioni S.p.A.**, l'ammontare:
- del Patrimonio Netto è pari a 95 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 64 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 5 milioni di euro);

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

Ramo vita:

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti informazioni integrative:

- *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.*

Rami Danni:

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

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.

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

- *Infortuni: Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr.1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).*
  Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura assicurativa.
  Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.
- *Malattia: La Compagnia corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata per la quale l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi nel periodo di validità della copertura assicurativa. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.*

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni*

Ci sono limiti di copertura?

Ramo vita:

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti informazioni integrative:

! *CONDIZIONI DI CARENZA:*

- *L'Impresa Aderente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica predisposto dalla Compagnia stessa. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.*
  Qualora l'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva avvenga senza rapporto di visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione, ed il relativo premio unico sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio unico versato.
  Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dall'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:
  - *di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;*

- *di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva;*
- *di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.*

- *Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.*

Rami Danni:

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni:

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia	*Esclusioni*	*Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia causati da:* ! *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);* ! *pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;* ! *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;* ! *infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;* ! *malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;* ! *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;* ! *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 volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;*

			! *infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici 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:* o *dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;* o *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;* o *dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;* o *dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;* o *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.*
	Inabilità Temporanea Totale da Infortuni e Malattia	*Esclusioni*	*Sono esclusi dalla garanzia i casi di Inabilità Temporanea Totale causati da.* ! *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);* ! *pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;* ! *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;* ! *infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;* ! *malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare,*

			nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; ! *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, di 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.*
		Franchigia	*30 giorni.* *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 Riqualificazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa*
	RINUNCIA ALLA RIVALSA	*La Compagnia rinuncia a favore dell'Impresa Aderente, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente Contratto di Assicurazione.*	

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro	***Denuncia di sinistro:*** ***Ramo vita:*** *Per tutti i pagamenti richiesti alla Compagnia debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.* *Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi alla Contraente, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare la Compagnia al numero verde 800 549330 (attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30) o all'indirizzo e-mail:* liquidazioni@veraprotezione.it. *Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare alla Compagnia la seguente*

documentazione:

1. ***RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE**: le richieste di liquidazione possono pervenire alla Compagnia:*
   - *via email all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it;*
   - *in carta semplice, inviandola direttamente ad Vera Protezione S.p.A. – Ufficio Sinistri Vita, Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.*

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

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

- ***RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di polizza;*
- ***MODALITÀ DI PAGAMENTO**: occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;*
- ***DOCUMENTO D'IDENTITÀ**: copia di un valido documento di identità;*
- ***CODICE FISCALE**: copia del codice fiscale;*
- ***CONTATTO**: indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;*
- ***P.E.P.**: occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;*
- ***LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare 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 d solo legati si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.*

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

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

4. ***DOCUMENTAZIONE MEDICA**:*

   i) ***In caso di MORTE NATURALE:***

***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 la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e\o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:

a. *emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico;*

b. *emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti (esempio: causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avventi 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, la Compagnia necessita ricevere copia del* ***Verbale dell'Autorità giudiziaria*** *che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del* ***referto autoptico*** *e delle* ***indagini tossicologiche****, se presenti; in alternativa, 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 mandata affinché sia la Compagnia stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare la Compagnia al seguente numero verde: 800 549330 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.

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

MINORI/INTERDETTI/INCAPACI: *in questo caso la Compagnia 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 la Compagnia 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 la Compagnia 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 la Compagnia 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 Compagnia di mantenere la massima riservatezza riguardo alle informazioni sopra menzionate.

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

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

oppure

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

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- *Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.*

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

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

Rami danni:

La Denuncia scritta, e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviata entro il termine indicato nel DIP Danni a

- Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE)

- oppure potete contattare il Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30

Per effettuare la denuncia, l'Assicurato potrà utilizzare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il finanziamento.

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

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

- *copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa Aderente;*
- *copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;*
- *documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa Aderente;*
- *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 Aderente con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN;*
- *dichiarazione della Banca attestante l'importo dei Fidi Operativi assicurati, in capo all'Impresa Aderente, alla data del sinistro.*

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

- *copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;*
- *documentazione medica/cartelle cliniche, certificato medico, relativi all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;*
- *dichiarazione della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa Aderente attestante l'importo residuo del finanziamento in capo all'Impresa Aderente stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato.*

In caso di Inabilità Temporanea Totale è richiesta inoltre la seguente documentazione:

- *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).*

	Prescrizione: **Ramo Vita:** *Ai sensi dell'articolo 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. La Compagnia è obbligata a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.* **Rami Danni:** *Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.*
	Liquidazione della prestazione: *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.*
	Gestione da parte di altre imprese*:* *La gestione dei sinistri Rami Danni è affidata ad una Struttura Esterna, IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL.*
	Assistenza diretta/in convenzione: *Non previsto.*
Dichiarazioni inesatte o reticenti	*Il Contraente, l'Impresa Aderente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.* *In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:* *A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE, L'IMPRESA ADERENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:* *– di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando al Contraente, all'Impresa Aderente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;* *– di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;* *– di trattenere il premio.* *B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE, L'IMPRESA ADERENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:* *– di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente, all'Impresa Aderente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;* *– di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;* *– di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa da quella di cui al punto precedente.*

Quando e come devo pagare?

Premio	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.*
Rimborso	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni*
Sconti	*Il presente contratto non prevede sconti di alcun tipo.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate del DIP Vita e nel DIP Danni*
Sospensione	*L'Impresa Aderente ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la Banca ove sono stati accesi i Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato. In alternativa potrà inviare alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:* *Vera Protezione 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 dalla Compagnia;* • *non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia.*

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

Revoca	**Ramo Vita:** *Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.* **Rami Danni:** *Le presenti Coperture Assicurative non prevedono l'esercizio della Revoca dell'Adesione in considerazione delle modalità di conclusione del Contratto.*
Recesso	*RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI (ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DI DECORRENZA)* *Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente all'Impresa Aderente, senza alcun onere a carico di quest'ultimo.* *Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ai 30 giorni ed entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto all'Impresa Aderente. Per la sola copertura danni dal rimborso del premio saranno trattenute le imposte versate dalla Compagnia.*
Risoluzione	**Ramo Vita:** *Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.* **Rami Danni:** *Le Coperture Assicurative si risolvono trascorsi 30 giorni dalla scadenza del primo premio annuo costante non pagato.* *In caso di risoluzione delle Coperture Assicurative:* • *non è più possibile riattivare le Coperture Assicurative;* • *i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia* • *non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia*

A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente Contratto di Assicurazione può essere stipulato qualora l'Impresa Aderente 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 Aderente, indicata dall'Impresa Aderente 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*
    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 Compagnia.*
- *non svolga una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi;*

cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

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.

Quali costi devo sostenere?

Ramo Vita:

- ***Costi gravanti sul premio***

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

SPESE DI EMISSIONE	Non prevista	l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo
COSTO DI ACQUISIZIONE E GESTIONE PERCENTUALE	40,00%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato.

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

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

Non sono presenti spese amministrative per il rimborso del premio.

- ***Costi per il riscatto***

Non sono presenti costi per il riscatto.

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

Non sono presenti costi per l'erogazione della rendita

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

Non sono presenti costi per l'esercizio delle opzioni.

Rami Danni:

- ***Costi gravanti sul premio***

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

SPESE DI EMISSIONE	Non prevista	l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo
COSTO DI ACQUISIZIONE E GESTIONE PERCENTUALE	40,00%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato su ciascun Premio annuo versato al netto delle imposte del 2,50%.

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

Per tutti i rami

- ***Costi di intermediazione***

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

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
87,50%

- ***Costi dei PPI***

Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI X NO	
Valori di riscatto e riduzione	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.*
Richiesta di informazioni	*La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto.*

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	*Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia:* *Vera Protezione S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa* *Servizio Reclami di Gruppo* *Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - telefax 045 8372904; indirizzo email reclami@veraprotezione.it.* *Vera Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa* *Servizio Reclami di Gruppo* *Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - telefax 045 8372903 - indirizzo email: reclami@veraassicurazioni.it.* *La Compagnia darà riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo. I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati alla Compagnia saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.*
All'IVASS	*In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC:* ***ivass@pec.ivass.it .*** *Info su:* ***www.ivass.it***
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	**Ramo Vita:** *Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n. 28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.* **Rami Danni:** *Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero di Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n.98)*
Negoziazione assistita	*Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.*
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	***Ramo Vita:*** *Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito della Commissione Europea http://www.ec.europa.eu/fin-net.* **Rami Danni:** *Arbitrato* *Rimettersi alla decisione di un Collegio di tre medici per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio* *Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Impresa Aderente.*

	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.*

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	***Ramo Vita:*** *Imposta sui premi* *I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.* *Detraibilità fiscale dei premi* *Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.* *Tassazione delle somme assicurate* *Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.* ***Rami Danni:*** *Imposte sui premi* *Il premio di Assicurazione è soggetto ad un'imposta pari al 2,50% del premio imponibile.* *Disciplina dei premi e delle somme assicurate* *Nel caso specifico del presente Contratto, in considerazione della finalità della Convenzione da cui esso discende e della sua natura di Polizza Collettiva destinata ad Imprese che abbiano stipulato contratti di finanziamento, l'eventuale trattamento fiscale del premio e delle prestazioni dipenderà dalla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento e da una serie di elementi fra i quali la natura del rapporto fra l'Impresa e gli Assicurati.*

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

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CREDIT PROTECTION A PREMIO ANNUO
ABBINABILE AI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO
TARIFFA 4CP71

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

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

- il Documento Informativo Precontrattuale relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni);
- il Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita);
- il Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP Aggiuntivo Multirischi);
- l'Informativa sull'attivazione dell'Area Riservata;
- il Modulo di Proposta.

Edizione aggiornata al 09/05/2019

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..

Il presente prodotto viene distribuito da Banco BPM S.p.A. nelle modalità e nei limiti indicati sul sito www.bancobpmspa.com

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra la Banca e la Compagnia, 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 Compagnia in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati e dell'Impresa Aderente.
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 DELLA COMPAGNIA

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalle Polizze Collettive, dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dal Modulo di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalla Compagnia stessa.
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 Aderente 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 Aderente, indicata dall'Impresa Aderente 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;
- non svolga una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;
- 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 Compagnia.

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 Compagnia;*
- *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.*

La Compagnia:
- 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 alla Compagnia.

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.

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

ART 3.1 CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E IMPRESA ADERENTE

Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa Aderente, in base ai quali sussistevano i requisiti di assicurabilità di cui al precedente Art. 3, quest'ultima dovrà:
- dare tempestiva comunicazione dell'avvenuta cessazione alla Compagnia per il tramite della Contraente; in mancanza di tale comunicazione le Coperture Assicurative si intendono operanti per l'Assicurato originariamente indicato;

- comunicare alla Compagnia, 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 della Compagnia;
- le Coperture Assicurative continueranno ad essere operante per l'Assicurato originariamente indicato fino all'accettazione del rischio sul nuovo Assicurato da parte della Compagnia.

Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'Assicurando sia ritenuto non ammissibile in copertura, la Compagnia comunica all'Impresa Aderente, per il tramite della Contraente, il rifiuto del rischio. L'Impresa Aderente provvederà a comunicare, per il tramite della Contraente, alla Compagnia 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
Il Contraente, l'Impresa Aderente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE, L'IMPRESA ADERENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando al Contraente, all'Impresa Aderente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere il premio.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE, L'IMPRESA ADERENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente, all'Impresa Aderente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;

- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

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 la Compagnia ne invierà comunicazione scritta all'Impresa Aderente/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 alla Compagnia 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 Aderente e gli Assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite il Contraente -a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia, 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 Aderente e dell'Assicurato e di pagamento del primo premio annuo costante da parte dell'Impresa Aderente 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 alla Compagnia dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative, all'Impresa Aderente 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.

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 Aderente 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 alla Compagnia la chiusura dei Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato. L'Impresa Aderente 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 dalla Compagnia.

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

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa Aderente 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 alla Compagnia 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.

Nel caso di recesso esercitato **entro 30 giorni** dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto all'Impresa Aderente, senza alcun onere a carico di quest'ultimo.

Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ai 30 giorni ed **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto ~~a~~ all'Impresa Aderente. **Per la sola copertura danni dal rimborso del premio saranno trattenute le imposte versate dalla Compagnia.**

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 Aderente – con il consenso scritto dell'Assicurato.
Nel corso della durata contrattuale l'Impresa Aderente – 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:
Beneficiario per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia è l'Assicurato stesso.
Per la Copertura Caso Morte, la designazione dei Beneficiari viene effettuata all'atto di sottoscrizione del Modulo di Adesione; le eventuali revoche e modifiche di essa e dell'eventuale referente terzo devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia. Revoche e modifiche sono efficaci anche se

contenute nel testamento dell'Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita. Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme, relative a tali polizze, fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).
La designazione dei Beneficiari non può essere modificata nei seguenti casi:

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

ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

Le Coperture Assicurative sono prestate dalla Compagnia dietro corresponsione da parte dell'Impresa Aderente 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 Aderente 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 Aderente 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 Aderente ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la Banca ove sono stati accesi i Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato. In alternativa potrà inviare alla Compagnia 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 dalla Compagnia;
- non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia.

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 dalla Compagnia. L'Impresa Aderente 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 Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, 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 alla Compagnia una comunicazione della disdetta/chiusura firmata dall'Impresa Aderente 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 alla Compagnia ai seguenti indirizzi:

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

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

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 549330 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800.893 495 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 17.30.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati negli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.
La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia dei Contratto 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 della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.

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

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

In caso di Sinistro l'Assicurato, per il tramite dell'Impresa Aderente, deve darne tempestivo avviso alla Compagnia. 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
La Compagnia rinuncia a favore dell'Impresa Aderente 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 Aderente. 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 Aderente, alla Compagnia, con riferimento alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R.. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate alla sede legale dell'Impresa Aderente indicata sul Modulo di Adesione.

ART. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO E ALL'IMPRESA ADERENTE
La Contraente provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e a fornire ai clienti copia del Set Informativo 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 manleva la Compagnia 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
La Compagnia rinuncia 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 della Compagnia 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, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 25 – CONFLITTO DI INTERESSI.
La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet.
La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

LE GARANZIE ASSICURATIVE

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

ART. 26 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 Compagnia della prestazione assicurata all'Impresa Aderente, fermo restando le esclusioni previste al successivo Art. 27 "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 Compagnia ed i premi versati restano acquisiti da quest'ultima.

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

ART. 27 ESCLUSIONI
A.ESCLUSIONI
Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 26 "PRESTAZIONI ASSICURATE" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa. E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

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

- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dei Beneficiari;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- 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;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
    - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
    - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.

B. CONDIZIONI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA RAPPORTO DI VISITA MEDICA

L'Impresa Aderente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica predisposto dalla Compagnia stessa. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Qualora l'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva avvenga senza rapporto di visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione, ed il relativo premio unico sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio unico versato.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dall'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite

cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva;

c) di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

ART. 28 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi alla Contraente, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare la Compagnia al numero verde 800 549330 (dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30) o all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it.

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

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

- la data in cui il Beneficiario firma il modulo di richiesta liquidazione presso la Contraente, riportata in calce al modulo stesso;

oppure

- in caso di invio della richiesta di liquidazione direttamente alla Compagnia la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte della Compagnia.

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare alla Compagnia 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 Aderente, 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 alla Compagnia:
   - via email all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it;
   - in carta semplice, inviandola direttamente ad Vera Protezione S.p.A. – Ufficio Sinistri Vita, Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

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

   Qualunque sia la modalità scelta, si dovranno fornire tutte le informazioni ed i documenti seguenti:
   - **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di polizza;

- **MODALITÀ DI PAGAMENTO**: occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ**: copia di un valido documento di identità;
- **CODICE FISCALE**: copia del codice fiscale;
- **CONTATTO**: indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **P.E.P.**: occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare 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 d solo legati si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

      Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a. e b. precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione sostitutiva deve INOLTRE riportare:
      - nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;
      - qualora fra gli eredi vi fossero "nipoti"/"pronipoti", specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.

4. **DOCUMENTAZIONE MEDICA**:
   i) **In caso di MORTE NATURALE:**
      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 la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e\o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:

a. *emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico;*
b. *emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti* (*esempio: causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avventi 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, la Compagnia necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, 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 mandata affinché sia la Compagnia stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare la Compagnia al seguente numero verde: 800 549330 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.

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

MINORI/INTERDETTI/INCAPACI: in questo caso la Compagnia 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 la Compagnia 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 la Compagnia 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 la Compagnia 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 Compagnia di mantenere la massima riservatezza riguardo alle informazioni sopra menzionate.

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

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

oppure

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

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

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

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

ASSICURAZIONE INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 29 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 della Compagnia della prestazione assicurata all'Impresa Aderente, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 31 "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 Aderente dalla Compagnia come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 30 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Infortunio:

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

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

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

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

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

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

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

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

Malattia:

La Compagnia 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.

Diritto all'indennizzo per invalidità totale permanente in caso di morte
In caso di decesso dell'Assicurato prima che l'indennizzo da Invalidità Totale Permanente sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte, liquida all'Impresa Aderente:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

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

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

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

ART. 31 ESCLUSIONI
Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia causati da:

- 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);
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- 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;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- 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 energici 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 idroscì, 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 ASSICURABILITA'" della presente Polizza

ART. 32 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso
- telefonando al numero verde 800 893 495 (dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30)
- facendo una denuncia scritta a: Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE)

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

Per 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 Aderente;
- 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 Aderente;
- 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 Aderente 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. 33 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile all'Impresa Aderente 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 Aderente dalla Compagnia come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 34 ESCLUSIONI

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

- 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);
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- 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;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- 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 ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART. 35 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 Riqualificazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa.

ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

- telefonando al numero verde 800 893 495 (dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30)
- facendo una denuncia scritta a: Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE)

entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. 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 Aderente;
- 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 Aderente 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 Compagnia potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il 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 Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia Compagnia stessa.

GLOSSARIO

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

Assicurato
L'assicurato è la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

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, Beneficiario è l'Impresa Aderente 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, è la persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione dallo stesso, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento Assicurato. 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 Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

Compagnia
Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia): Vera Assicurazioni S.p.A. – Impresa di Assicurazione 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 di Assicurazione 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.

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 la Compagnia, per conto delle Imprese Aderenti e degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione
Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di premi annui di importo costante, si impegna a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente da Infortunio 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 la Compagnia 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 dalla Compagnia e generata dal versamento di Premi Annui di importo costante, a fronte del quale la Compagnia è obbligata 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 della Compagnia 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 Aderente 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 Aderente 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 Aderente (o Aderente)
La Società intestataria di almeno un Contratto di Apertura di Credito a tempo indeterminato, concesso dalla Contraente, L'Impresa Aderente aderisce facoltativamente alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il primo premio annuo. L'Impresa Aderente indica inoltre gli Assicurati. Laddove non diversamente indicato, il termine Impresa Aderente 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.

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 dalla Compagnia, 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 **che distribuisce il presente prodotto nelle modalità e nei limiti indicati sul sito www.bancobpmspa.com.**

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 Aderente 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 della Compagnia; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dall'Impresa Aderente nei confronti degli Assicurati.

Modulo di Adesione
Il documento sottoscritto dall'Impresa Aderente 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 Aderente e l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Premio
Il premio è la somma dovuta alla Compagnia per le Coperture Assicurative prestate. I premi per il presente Contratto di Assicurazione sono annui di importo costante, vengono addebitati all'Impresa Aderente 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 dalla Compagnia con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione;

Set Informativo
L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente al Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet dell'Impresa, composto da:
- DIP Danni
- DIP Vita
- DIP Aggiuntivo Multirischi
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Modulo di Proposta.

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

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA
Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante al Set Informativo/Prospetto d'offerta

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

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

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

Vera Assicurazioni S.p.A.

Sede legale in Italia - Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona - Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

Vera Protezione S.p.A.

Sede legale in Italia - Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona - Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

www.veraassicurazioni.it

VERA Protezione
GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI

Modulo di Proposta
Garanzia Vita
CREDIT PROTECTION A PREMIO ANNUO
ABBINABILE AI CONTRATTI DI APERTURA DI CREDITO A TEMPO INDETERMINATO
TARIFFE 4CP71

La Compagnia, in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente nella presente proposta, corrisponderà le prestazioni specificate nel Set Informativo ai soggetti che intenderanno aderire alle coperture assicurative.

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Proposta
Questionario per l'adeguata verifica della clientela n. Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

CONTRAENTE (sulla base della Convenzione conclusa con la Compagnia)		
Ragione sociale	Partita IVA	
Luogo di costituzione	Data di costituzione	
Ramo attività	Sottogruppo	
Indirizzo sede legale	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Recapito		
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' CONTRAENTE O DELEGATO		
Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
ASSICURATI		
Soggetti che aderiranno all'Assicurazione Collettiva di cui alla presente proposta		
DATI TECNICI DI POLIZZA		
Data di decorrenza dell'Assicurazione Collettiva (Convenzione)		
Capitale assicurato: come indicato in ogni singolo Modulo di adesione		
Tipologia di Premio **ANNUO**	Premio versato: determinato come disciplinato dall'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.	
Costi		
DATI IDENTIFICATIVI		
Documento di riconoscimento	Tipo documento	
Ente emittente e luogo	Data emissione	

Luogo e data _____

Vera Protezione S.p.A.
(firma leggibile)
_____

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)
_____

fac-simile

Vera Protezione S.p.A.
Sede legale in Italia - Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona - Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019
www.veraassicurazioni.it

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto

Numero Polizza

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n. Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE
IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE POLIZZA: – **del Set Informativo;** – **dell'informativa precontrattuale ai sensi dell'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018.** **Il Contraente** (Timbro e firma leggibile) _____ Il Contraente si impegna sin d'ora a consegnare l'informativa precontrattuale e contrattuale ai singoli Assicurati all'atto della adesione all'Assicurazione Collettiva di cui alla presente polizza. **Il Contraente** (Timbro e firma leggibile) _____

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario.
In particolare, la Compagnia ha diritto:
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.
Diritto di recesso. L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo: Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.
A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni. Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire alla Polizza Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza. Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. Il premio assicurativo del presente contratto potrebbe essere finanziato per cui la Compagnia provvederà a rimborsare il premio unico all'Assicurato, tramite la Contraente, affinché la stessa provveda alla corrispondente estinzione parziale del debito residuo del Finanziamento, con conseguente riduzione della rata del finanziamento stesso, senza applicazione di alcun costo o onere per l'Assicurato stesso.
Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione consegnategli. Accetta integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.
Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data:	Vera Protezione S.p.A. (timbro e firma leggibili)	Il Contraente (Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)
_____	_____	_____

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto

Numero Proposta

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n. Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

MODALITA' DI PAGAMENTO		
Il pagamento del premio annuo relativo alle coperture assicurative di ciascun Assicurato dovrà essere effettuato dal Contraente, mediante bonifico bancario.		
	Vera Protezione S.p.A. (timbro e firma leggibili)	Il Contraente (Timbro e firma leggibile)
Luogo e data _____	_____	_____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. il Contraente approva espressamente e sottoscrive la seguente clausola: Art. 6 – Decorrenza e durata della copertura assicurativa.

Luogo e data

Il Contraente
(Timbro della Società e firma del Legale Rappresentante)

_____ _____

fac-simile