

SET INFORMATIVO

TARIFFE 4CP73 - 4CP74

Temporanea in caso di morte a capitale decrescente:

- a premio unico finanziato abbinata ai nuovi finanziamenti (4CP73) o
- a premio unico non finanziato abbinata ai finanziamenti stock (4CP74)
in forma collettiva ad adesione facoltativa

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Vita
Mod. 4CP73-4CP74 DIP Ed. 08.2021;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) aggiuntivo Vita
Mod. 4CP73-4CP74 DIP AGG. Ed. 08.2021;
- Condizioni di Assicurazione, comprensive del glossario
Mod. 4CP73-4CP74 CA Ed. 08.2021;
- Facsimile del Modulo di Adesione
Mod. 4CP73-4CP74 MA Ed. 08.2021.

Il presente prodotto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo tecnico ANIA – ASSOCIAZIONI CONSUMATORI – ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari



Assicurazione Temporanea caso morte a capitale decrescente

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

Vera Protezione S.p.A.

Prodotto: CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA
AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A
CAPITALE DECRESCENTE A PREMIO UNICO FINANZIATO ABBINATA
AI NUOVI FINANZIAMENTI O A PREMIO UNICO NON FINANZIATO ABBINATA AI FINANZIAMENTI STOCK



VERA  **Protezione**


Data di aggiornamento: 05/08/2021 - 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 a capitale decrescente e a premio unico anticipato, ad adesione facoltativa, che copre il rischio morte da infortunio o malattia per i sottoscrittori di un contratto di finanziamento in forma di mutuo ipotecario nuovo o già in essere.

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>✓ Sono assicurabili i mutui ipotecari con durata minima di 12 mesi (1 anno) e massima di 420 mesi (35 anni) delle seguenti tipologie:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ mutui di nuova erogazione, con premio finanziato;✓ mutui già in essere (mutui stock) con premio non finanziato. <p>✓ Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato: in caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata della copertura assicurativa, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del capitale assicurato pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute.</p> <p>✓ Capitale Assicurato: il capitale assicurato non potrà essere superiore a Euro 500.000,00, limite complessivo per Assicurato e per sinistro, limite complessivo per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) per un importo superiore al massimale di Euro 500.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato o il debito residuo alla data di decorrenza della copertura assicurativa.</p> <p>Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.</p>	<p>× Non sono assicurabili:</p> <ul style="list-style-type: none">× i mutui chirografari;× i mutui di nuova erogazione, con premio non finanziato;× i mutui già in essere (mutui stock) con premio finanziato. <p>× Non sono coperti i rischi diversi dal decesso dell'Assicurato e pertanto la garanzia morte non prevede prestazioni per eventi quali: invalidità, malattia grave, perdita di 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.</p> <p>× La copertura assicurativa non può avere una durata inferiore a 12 mesi (1 anno) e massima superiore a 420 mesi (35 anni).</p> <p>× Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.</p>

 Ci sono limiti di copertura?
<p>È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:</p> <ul style="list-style-type: none">! <u>incidente di volo, se l'assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;</u>! <u>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);</u>! <u>partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra;</u>! <u>partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;</u>! <u>contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;</u>! <u>dolo dei beneficiari;</u>! <u>guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, o con patente scaduta, salvo che il sinistro in quest'ultimo caso sia avvenuto entro tre mesi dalla data di scadenza della patente;</u>

- ! suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
 - ! sinistri provocati volontariamente dall'assicurato;
 - ! sinistri che siano causati da abuso di alcol, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'assicurato;
 - ! sinistri causati da 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 idrosci, 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.viaggiareassicuri.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?

- L'Aderente e/o l'Assicurato hanno il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- L'Aderente e l'Assicurato devono sottoscrivere il Modulo di Adesione.
- L'Assicurato deve compilare il Questionario Medico e, nei casi previsti, presentare il Rapporto di Visita Medica compilato da un medico, ed aver effettuato gli accertamenti sanitari richiesti.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla compagnia nei casi di:
 - trasferimento di domicilio/sede della Contraente, dell'Aderente e dell'Assicurato in uno stato estero;
 - variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che la Contraente e/o i Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- La Copertura Assicurativa viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Aderente di un premio unico anticipato.
- Il premio viene versato dall'Aderente:
 - al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure
 - al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), mediante trattenuta sul conto corrente dell'Aderente stesso che, a tal fine, ha conferito alla Contraente della Polizza Collettiva apposito mandato all'incasso.
- Il premio unico anticipato viene determinato applicando il tasso unico medio mensile, pari allo 0,02574%, moltiplicato:
 - per i finanziamenti di nuova erogazione: per la durata del finanziamento (espressa in mesi interi) e per l'importo totale del

finanziamento richiesto;

- per i finanziamenti già in corso: per la durata residua del finanziamento (espressa in mesi interi) e per l'importo del debito residuo del finanziamento.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La Copertura Assicurativa decorre:
 - per i Finanziamenti di nuova erogazione: dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che l'Aderente e/o l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione e l'Aderente abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto;
 - per i Finanziamenti già in corso: dalle ore 24.00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione e di pagamento del premio contrattualmente previsto, da parte dell'Aderente.
- La decorrenza del Contratto di Assicurazione è condizionata alla sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Aderente e/o dell'Assicurato, del Questionario Medico e/o al Rapporto di Visita Medica da parte dell'Assicurato - ed al pagamento del premio contrattualmente previsto da parte dell'Aderente.
- La durata della Copertura Assicurativa, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 12 mesi (1 anno) e massimo di 420 mesi (35 anni), coincide:
 - per i Finanziamenti di nuova erogazione: con la durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa);
 - per i Finanziamenti già in corso: con la durata residua del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) calcolata dalla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa alla Data di scadenza originaria del Finanziamento.
- La copertura assicurativa cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si è verificato il primo tra i seguenti eventi:
 - in caso di decesso dell'Assicurato;
 - alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
 - anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Aderente;
 - surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui la stessa non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
 - accollo del Contratto di Finanziamento, ai sensi dell'art. 1273 del Codice Civile.
- La Contraente, l'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/sede in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto e la Compagnia procederà a rimborsare la parte di premio non goduto.



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

- L'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.

Assicurazione Temporanea caso morte a capitale decrescente

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

Vera Protezione S.p.A.

Prodotto: CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA
AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A
CAPITALE DECRESCENTE A PREMIO UNICO FINANZIATO ABBINATA
AI NUOVI FINANZIAMENTI O A PREMIO UNICO NON FINANZIATO ABBINATA AI FINANZIAMENTI STOCK



Data di aggiornamento: 05/08/2021 - Il DIP Aggiuntivo Vita 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), per aiutare il potenziale Aderente/Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

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@pec.gruppocattolica.it.

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

Numero di telefono: 045 8391111 – sito internet: www.veraprotezione.it.

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.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 94 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 48 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 31 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 38 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 13 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 154 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 154 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 4,02 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?

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

- In caso di cointestazione del Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso): pertanto la Compagnia liquiderà ai Beneficiari, in caso di Decesso dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del decesso dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure l'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

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

CONDIZIONI DI CARENZA:

- Qualora l'ingresso in copertura dell'Assicurato avvenga senza rapporto di visita medica e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione, purché 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.
- L'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.
L'Assicurato effettua la visita medica, propedeutica alla compilazione del rapporto di visita medica, con il supporto diretto della Compagnia che si avvale di un servizio fornito da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terze sue partner, per l'integrazione sui dati dello stato di salute. All'Assicurato verrà fornita adeguata informativa sulle modalità di contatto e richiesta l'autorizzazione ad esser ricontattato. In assenza di tale autorizzazione, la Compagnia non potrà procedere alla sottoscrizione del contratto con tale modalità. In tal caso, cioè di mancata autorizzazione da parte dell'Assicurato, si potrà procedere presentando il rapporto di visita medica compilato dal medico. In tale eventualità ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.
- In assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, 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 e il premio rimane acquisito dalla Compagnia. 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. Tale esclusione può essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga al momento della sottoscrizione del presente Contratto, allo specifico test HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:

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 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:

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'intestataro sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;

- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ:** copia di un valido documento di identità;
- **CODICE FISCALE:** copia del codice fiscale;
- **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **P.E.P.:** occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare il legame di parentela con l'Assicurato di polizza nel caso in cui non ci sia coincidenza del beneficiario con lo stesso.

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

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:"

- **In caso di assenza di testamento:**
 - la non esistenza di disposizioni testamentarie;
 - nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.
- **In caso di esistenza di testamento:**
 - che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
 - occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

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

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

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

DOCUMENTAZIONE MEDICA

- **in caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata inferiore o uguale a Euro 20.000,00):** certificato medico attestante la causa del decesso;
- **In caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata superiore a Euro 20.000,00):** occorre presentare una **Relazione Sanitaria del Medico** attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.

Si precisa che 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:

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

- **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio** - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, la Compagnia necessita ricevere copia del Verbale dell'Autorità

giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche, se presenti; in alternativa, Certificato di chiusura inchiesta emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia la Compagnia stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è possibile contattare il numero verde: il 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 la seguente ulteriore documentazione nel caso di:

MINORI/INTERDETTI/INCAPACI:

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

PRESENZA DI UN PROCURATORE:

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

BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ:


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

BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE:


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


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


	<ul style="list-style-type: none"> • la denuncia di successione o relativa integrazione, riportante a titolo di credito l'importo rinveniente dalla liquidazione della polizza; <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari/eredi. <p>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.</p> <p>Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.</p> <p>Prescrizione:</p> <p>I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.</p> <p>Liquidazione della prestazione:</p> <p>Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>La Contraente, l'Aderente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.</p> <p>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:</p> <p>HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE, L'ADERENTE E/O L'ASSICURATO HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di impugnare il contratto per domandare l'annullamento dichiarando alla Contraente, all'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 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 Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; • di trattenere il premio. <p>HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE, L'ADERENTE E/O L'ASSICURATO NON HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi alla Contraente, all'Aderente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.


 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.</p>
<p>Rimborso</p>	<p><u>In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento</u> non successiva a liquidazione dell'indennizzo per Decesso, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento, la Compagnia, entro 30 giorni, restituirà all'Aderente la parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto e la Copertura Assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.</p>

	<p>In alternativa, l'Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, ad eccezione dell'ipotesi di accollo del finanziamento, commisurata agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento.</p> <p>L'importo che la Compagnia restituisce all'Aderente è corrisposto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro e quella relativa ai costi gravanti sul premio di riferimento.</p> <p><u>In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento</u>, la Compagnia entro 30 giorni restituirà all'Aderente la parte di Premio per la Copertura Morte corrispondente al periodo di assicurazione non goduto commisurando la Copertura Assicurativa al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Aderente.</p> <p>In alternativa l'Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa commisurata agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria.</p> <p>L'importo che la Compagnia restituisce all'Aderente è corrisposto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro e quella relativa ai costi gravanti sul premio di riferimento.</p>
Sconti	Non sono previsti sconti.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Recesso	<p>Il Premio pagato per la Copertura Assicurativa verrà rimborsato all'Aderente dalla Compagnia entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.</p> <p>Qualora il premio sia stato finanziato la Compagnia, entro 30 giorni, procederà al rimborso del premio eventualmente corrisposto all'Aderente. In alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Aderente, effettuata al momento del recesso, il premio sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata.</p> <p>L'Aderente ha diritto di recedere entro 60 giorni sostituendo la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27) e ha diritto al rimborso del premio, (ovvero nel caso in cui il premio sia stato finanziato, alla corrispondente riduzione della rata), al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Non sono previste spese amministrative a carico dell'Aderente.</p>
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.
Richiesta di informazioni	Non applicabile.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>È assicurabile ciascuna persona fisica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • che sia cliente della Contraente e che abbia richiesto e ottenuto un mutuo ipotecario con ammortamento alla francese dalla Contraente di durata compresa tra 12 mesi (1 anno) e 420 mesi (35 anni); • che sottoscriva/abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento con la Contraente; • di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento risulti di età inferiore o uguale a 75 anni; • abbia sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione; • abbia sottoscritto il Questionario Medico e, nei casi previsti, venga presentato anche il Rapporto di Visita Medica compilato da un medico, ed effettuato gli accertamenti sanitari richiesti; • 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, sommergebilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.



Quali costi devo sostenere?

• 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	50,00%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato.

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

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

Non sono presenti spese amministrative per il rimborso del premio.

• Costi per il riscatto

Non sono presenti costi per il riscatto.

• Costi per l'erogazione della rendita

Non sono presenti costi per l'erogazione della rendita.

• Costi per l'esercizio delle opzioni

Non sono presenti costi per l'esercizio delle opzioni.

• Costi di intermediazione

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

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
90,00%

• Costi dei PPI

Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia: Vera Protezione S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami di Gruppo - Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - telefax 045 8372904; indirizzo e mail reclami@veraprotezione.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	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia 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	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.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione

controversie	(rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.
---------------------	--

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<u>Imposte sui premi</u> I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.
	<u>Detraibilità fiscale dei premi</u> 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.
	<u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.
	Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo.

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

LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO/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 DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE/ADERENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

**TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A CAPITALE DECRESCENTE
A PREMIO UNICO FINANZIATO ABBINATA AI NUOVI FINANZIAMENTI (4CP73) O
A PREMIO UNICO NON FINANZIATO ABBINATA AI FINANZIAMENTI STOCK (4CP74)
IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA**

Tariffe 4CP73 - 4CP74

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono parte integrante della documentazione contrattuale unitamente ai seguenti documenti:

- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita);
- il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita);
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario;
- il Modulo di Adesione.

Contratto di assicurazione collettiva ad adesione facoltativa temporanea in caso di morte a capitale decrescente a premio unico finanziato abbinata ai nuovi finanziamenti (4CP73) o a premio unico non finanziato abbinata ai finanziamenti stock (4CP74)

Vera Protezione - (Tariffe 4CP73-74)

[Data di aggiornamento: 05/08/2021]

SEZIONE I) OGGETTO E PRESTAZIONI, REQUISITI DI ASSICURABILITA' E LIMITI DI INDENNIZZO	2
ART. 1 PRESTAZIONI ASSICURATE	2
1.1 Prestazione assicurate in caso di decesso dell'Assicurato.	2
1.2 Prestazione assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.	2
Art. 2 CHE COSA NON E' ASSICURATO	2
2.1 Persone non assicurabili.	2
2.2 Professioni non assicurabili.	2
2.3 Finanziamenti non assicurabili.	3
2.4 Durate non assicurabili.	3
2.5 Rischi non assicurabili.	3
ART. 3 OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE	3
ART. 4 REQUISITI DI ASSICURABILITA'	3
ART. 5 LIMITI DI INDENNIZZO	4
SEZIONE II) ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA	4
ART. 6 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA	4
SEZIONE III) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO, DECORRENZA, DURATA CONTRATTUALE, DIRITTO DI RECESSO E BENEFICIARI	6
ART. 7 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO	6
ART. 8 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	6
ART. 9 DIRITTO DI RECESSO	7
ART. 10 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	8
SEZIONE IV) PAGAMENTO DEL PREMIO, ANTICIPATA ESTINZIONE DEL FINANZIAMENTO E DENUNCIA DEL SINISTRO	8
ART. 11 PAGAMENTO DEL PREMIO	8
ART. 12 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO	8
ART. 13 DENUNCIA DEL SINISTRO	10
SEZIONE V) FISCALITA', LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI	13
ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI	13
ART. 15 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI	13
ART. 16 COMUNICAZIONI	13
ART. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO E ALL'ADERENTE	13
ART. 18 LEGGE APPLICABILE	13
ART. 19 FORO COMPETENTE	13
ART. 20 CESSIONE DEI DIRITTI	14
ART. 21 PRESCRIZIONE	14
ART. 22 CONFLITTO DI INTERESSI	14
GLOSSARIO	15

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di assicurazione collettiva ad adesione facoltativa temporanea in caso di morte a capitale decrescente a premio unico finanziato abbinata ai nuovi finanziamenti (4CP73) o a premio unico non finanziato abbinata ai finanziamenti stock (4CP74)

Vera Protezione - (Tariffe 4CP73-74)

[Data di aggiornamento: 05/08/2021]

SEZIONE I) OGGETTO E PRESTAZIONI, REQUISITI DI ASSICURABILITA' E LIMITI DI INDENNIZZO

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza temporanea per il caso di morte (TCM), a capitale decrescente e a premio unico anticipato che può essere:

- finanziato, abbinato ai nuovi finanziamenti (4CP73), o
- non finanziato, abbinato ai finanziamenti già in corso (finanziamenti stock - 4CP74).

ART. 1 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 e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia della prestazione assicurata al beneficiario, fermo restando le esclusioni previste al successivo Art. 6 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA.

1.1 Prestazione assicurata in caso di decesso dell'Assicurato.

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute, che residua dal rapporto di finanziamento contratto dall'Aderente verso la Contraente.

1.2 Prestazione assicurata in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Contratto di Assicurazione non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia e il premio versato resta acquisito da quest'ultima. La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia ai Beneficiari come previsto dall'Art. 10 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI.

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

In caso di cointestazione del Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso): pertanto la Compagnia liquiderà ai Beneficiari, in caso di Decesso dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del decesso dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata, riferita al singolo Assicurato, e l'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure l'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 500.000,00 per Assicurato e per sinistro, limite complessivo per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati, come previsto dall'Art. 5 LIMITI DI INDENNIZZO.

Art. 2 CHE COSA NON E' ASSICURATO

2.1 Persone non assicurabili.

Non è assicurabile la Persona Fisica che:

- non sia cliente della Contraente;
- abbia un'età alla sottoscrizione inferiore a 18 anni e superiore a 70 e che alla scadenza abbia un'età superiore a 75 anni.

Non è assicurabile la Persona Giuridica.

2.2 Professioni non assicurabili.

Non è assicurabile la persona fisica che 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.

2.3 Finanziamenti non assicurabili.

Non sono assicurabili i seguenti finanziamenti:

- i mutui chirografari;
- i mutui di nuova erogazione, con premio non finanziato;
- i mutui già in essere (mutui stock) con premio finanziato.

2.4 Durate non assicurabili.

La copertura assicurativa non può avere una durata inferiore a 12 mesi (1 anno) e massima superiore a 420 mesi (35 anni).

2.5 Rischi non assicurabili.

Non sono coperti i rischi diversi dal decesso dell'Assicurato e pertanto la Garanzia Morte non prevede prestazioni per eventi quali: invalidità, malattia grave, perdita di 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.

Restano valide le esclusioni e limitazioni della garanzia previste al successivo Art. 6 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA.

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

ART. 3 OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente, 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. 4 REQUISITI DI ASSICURABILITA'

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- sia cliente della Contraente e che abbia richiesto e ottenuto un mutuo ipotecario con ammortamento alla francese dalla Contraente di durata compresa tra 12 mesi (1 anno) e 420 mesi (35 anni). Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue;
- sia di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento 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;
- abbia sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione;
- abbia sottoscritto il Questionario Medico (*) e, nei casi previsti, venga presentato anche il Rapporto di Visita Medica (*) compilato da un medico, ed effettuato gli accertamenti sanitari richiesti.

(*) modulo fornito dalla Compagnia.

L'Assicurato effettua la visita medica prevista con il supporto diretto della Compagnia che si avvale di una società mandataria per l'integrazione sui dati dello stato di salute. All'Assicurato verrà fornita l'informativa prevista e richiesta l'autorizzazione ad esser ricontattato. In assenza di tale autorizzazione, la Compagnia non potrà procedere alla sottoscrizione del contratto con tale modalità.

In tal caso si potrà procedere presentando il rapporto di visita medica compilato dal medico e ogni onere e accertamento rimarranno a carico dell'Assicurato.

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età all'adesione da 18 anni compiuti a 65 anni compiuti	Età all'adesione da 66 anni compiuti a 70 anni compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Questionario Medico e Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000,00 - Fino a € 500.000,00	Questionario Medico e Rapporto di Visita Medica	Questionario Medico e Rapporto di 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 intestatario o cointestatario di più Finanziamenti 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 riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa.

Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente ed inviati alla Compagnia.

Si precisa che, in caso di cointestazione del finanziamento, possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche per ciascun Contratto di Assicurazione:

- con la possibilità di ripartire la somma assicurata in proporzioni definibili fra i cointestatari;

oppure:

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

oppure:

- nel caso di un solo cointestatario, lo stesso dovrà essere assicurato per l'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o per il debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso).

Nel caso di più assicurati del medesimo finanziamento, la mancata accettazione da parte della Compagnia dell'ammissione alle coperture assicurative anche solo nei confronti di uno dei soggetti richiedenti la copertura, rende necessario procedere ad una nuova valutazione assuntiva per i soggetti che si intende assicurare.

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

La Contraente, l'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 e la Compagnia procederà a rimborsare la parte di premio non goduto.

ART. 5 LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute. L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 500.000,00 per Assicurato e per Sinistro, limite complessivo per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati.

In caso di finanziamenti erogati (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) per un importo superiore al massimale di Euro 500.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato o il debito residuo alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

SEZIONE II) ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA

ART. 6 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA

A. ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 1 PRESTAZIONI ASSICURATE sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- 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, o con patente scaduta, **salvo che il sinistro in quest'ultimo caso sia avvenuto entro tre mesi dalla data di scadenza della patente;**
- suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano causati da abuso di alcol, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, 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 idrosci, 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.viaggiareassicuri.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

Qualora l'ingresso in copertura dell'Assicurato avvenga senza rapporto di visita medica e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione, purchè 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.

L'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.

L'Assicurato effettua la visita medica, propedeutica alla compilazione del rapporto di visita medica, con il supporto diretto della Compagnia che si avvale di un servizio fornito da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terze sue partner, per l'integrazione sui dati dello stato di salute.

All'Assicurato verrà fornita adeguata informativa sulle modalità di contatto e richiesta l'autorizzazione ad esser ricontattato. In assenza di tale autorizzazione, la Compagnia non potrà procedere alla sottoscrizione del contratto con tale modalità. In tal caso, cioè di mancata autorizzazione da parte dell'Assicurato, si potrà procedere presentando il rapporto di visita medica compilato dal medico. In tale eventualità ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

In assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, 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 e il premio rimane acquisito dalla Compagnia. 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.

Tale esclusione può essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga, al momento della sottoscrizione del presente Contratto, allo specifico test HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

SEZIONE III) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO, DECORRENZA, DURATA CONTRATTUALE, DIRITTO DI RECESSO E BENEFICIARI

ART. 7 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

La Contraente, l'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 LA CONTRAENTE, L'ADERENTE E/O ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto per domandare l'annullamento dichiarando alla Contraente, all'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 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 Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di trattenere il premio.

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

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

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, la Contraente, l'Aderente e gli Assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite la Contraente - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

ART. 8 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La Copertura Assicurativa decorre:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: **dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che l'Aderente e/o l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione e l'Aderente abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto;**

- per i Finanziamenti già in corso: **dalle ore 24.00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione e di pagamento del premio contrattualmente previsto, da parte dell'Aderente.**

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

La decorrenza della Copertura Assicurativa e la durata del Contratto di Finanziamento vengono comunicate alla Compagnia dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, all'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 con l'indicazione, nel caso in cui il premio fosse stato finanziato, di come si ridurrebbe l'importo del finanziamento e la corrispondente rata;
- riepilogo delle caratteristiche della Copertura Assicurativa sottoscritta.

La durata della Copertura Assicurativa, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 12 mesi (1 anno) e massima di 420 mesi (35 anni), coincide:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: con la durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa);
- per i Finanziamenti già in corso: con la durata residua del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) calcolata dalla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa alla Data di scadenza originaria del Finanziamento.

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

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

- decesso dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Aderente;
- surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui la stessa non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- accollo del Contratto di Finanziamento, ai sensi dell'art. 1273 del Codice Civile.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e vi sia la liquidazione dell'Indennizzo per Decesso di un Assicurato, gli altri soggetti assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza originaria del Finanziamento, sempre ad esclusione della Copertura Assicurativa cessata per Decesso. Il premio versato relativo all'Assicurato sul quale si è verificato il sinistro di Decesso resta comunque acquisto dalla Compagnia.

Qualora, a seguito della liquidazione dell'indennizzo per Decesso di un Assicurato, venga effettuata l'anticipata estinzione totale del Finanziamento le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicata alla Compagnia l'anticipata estinzione totale del Finanziamento: in tal caso la Compagnia restituirà all'Aderente la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto relativa agli altri Assicurati.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale oppure la surroga o l'accollo dello stesso, la Copertura Assicurativa cessa per tutti gli Assicurati: in tal caso la Compagnia restituirà all'Aderente la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto. L'Aderente avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, ad eccezione dell'ipotesi di accollo del finanziamento, per uno o più Assicurati fino alla scadenza originaria del Finanziamento.

Nel caso in cui la Copertura Assicurativa venga mantenuta in vigore l'indennizzo relativo alla stessa sarà commisurato agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dalla Compagnia al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.

ART. 9 DIRITTO DI RECESSO

L'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.

Il Premio pagato per la Copertura Assicurativa verrà rimborsato all'Aderente dalla Compagnia entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Qualora il premio sia stato finanziato la Compagnia, entro 30 giorni, procederà al rimborso del premio eventualmente corrisposto all'Aderente. In alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Aderente, effettuata al momento del recesso, il premio sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata.

ART. 10 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

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 dall'Aderente. Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Aderente, 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'Aderente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che, verificatosi l'evento, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di voler profittare del beneficio.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

SEZIONE IV) PAGAMENTO DEL PREMIO, ANTICIPATA ESTINZIONE DEL FINANZIAMENTO E DENUNCIA DEL SINISTRO

ART. 11 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurazione prevede il pagamento di un premio unico anticipato a copertura dell'intera durata del contratto.

Il premio viene versato dall'Aderente:

- al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione)

oppure

- al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata **al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), mediante trattenuta sul conto corrente dell'Aderente stesso che, a tal fine, ha conferito alla Contraente della Polizza Collettiva apposito mandato all'incasso.**

Nel Modulo di adesione viene indicato l'importo del Premio unico da corrispondere per ogni Assicurato.

In caso di cointestazione, con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, l'importo di premio per ogni Assicurato è calcolato:

- per i finanziamenti di nuova erogazione: sulla base della quota percentuale dell'importo totale del Finanziamento;
- per i finanziamenti già in essere (per i Finanziamenti Stock): sulla base della quota percentuale dell'importo del debito residuo del Finanziamento relativa ad ogni Assicurato.

Il premio unico anticipato viene determinato applicando il tasso unico medio mensile, pari allo 0,02574%, moltiplicato:

- per i finanziamenti di nuova erogazione: per la durata del finanziamento (espressa in mesi interi) e per l'importo totale del finanziamento richiesto;
- per i finanziamenti già in corso: per la durata residua del finanziamento (espressa in mesi interi) e per l'importo del debito residuo del finanziamento.

ART. 12 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non successiva a liquidazione dell'indennizzo per Decesso, ovvero nei casi di surroga o di acollo del Finanziamento, la Copertura Assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione/surroga /acollo del Contratto di Finanziamento.

In alternativa, l'Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa commisurata agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento.

In caso di accollo del Finanziamento non sarà possibile mantenere in vigore la Copertura Assicurativa.

La Contraente dovrà inviare alla Compagnia comunicazione dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

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

Rimborso del premio puro = $[PVita * ((N-K)/N) * Cap_Estinto/Cap_Iniziale]$

Rimborso dei costi = $[H * (N-K)/N * Cap_Estinto/Debito_Residuo]$

Dove:

R = importo da rimborsare

PVita = Premio versato al netto dei costi

H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate

N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi

K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Anticipata Estinzione Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato

Cap_Estinto = importo versato alla banca per l'estinzione anticipata del finanziamento (in caso di estinzione totale, Cap_Estinto è pari al debito residuo del finanziamento stesso al momento dell'estinzione)

Cap_Iniziale = importo assicurato iniziale

Debito_Residuo = debito residuo dell'Assicurato al momento dell'Anticipata Estinzione Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato

In particolare H sarà riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale come segue:

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

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

Esempio n. 1

Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro

PVita Lordo = 4.633,20

Costi % = 50%

H = 2.316,60 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %))

PVita = 2.316,60 Euro (pari a PVita Lordo * (1 - Costi%))

Debito residuo = 53.148,11 Euro

N = 300 mesi

K = 60 mesi

Rimborso del premio puro = $[2.316,60 * ((300-60)/300) * 53.148,11/60.000,00] = 1.641,64$ Euro

Rimborso dei costi = $[2.316,60 * ((300-60)/300) * 53.148,11/53.148,11] = 1.853,28$ Euro

Importo del premio da rimborsare = $1.641,64 + 1.853,28 = 3.494,92$ Euro

Esempio n. 2

Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro

PVita Lordo = 4.633,20

Costi % = 50%

H = 2.316,60 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %))

PVita = 2.316,60 Euro (pari a PVita Lordo * (1 - Costi%))

Debito residuo = 44.354,69 Euro

N = 300 mesi

K = 120 mesi

Rimborso del premio puro = $[2.316,60 * ((300-120)/300) * 44.354,69/60.000,00] = 1.027,52$ Euro

Rimborso dei costi = $[2.316,60 * ((300-120)/300) * 44.354,69/44.354,69] = 1.389,96$ Euro

Importo del premio da rimborsare = $1.027,52 + 1.389,96 = 2.417,48$ Euro

Nel caso in cui l'Aderente scelga di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa gli indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dalla Compagnia al momento dell'anticipata

estinzione totale/surroga del Finanziamento.

ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Compagnia, entro 30 giorni, restituirà all'Aderente la parte di Premio per la Copertura Morte corrispondente al periodo di assicurazione non goduto commisurando la Copertura Assicurativa al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Aderente.

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

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

La Compagnia restituirà all'Aderente la parte di Premio, relativa all'importo del finanziamento rimborsato ed al periodo di assicurazione non goduto, calcolata secondo la formula riportata al paragrafo precedente.

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

Esempio n. 1

Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro

PVita Lordo = 4.633,20

Costi % = 50%

H = 2.316,60 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %))

PVita = 2.316,60 Euro (pari a PVita Lordo * (1- Costi%))

Debito residuo = 53.148,11 Euro

Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di mutuo = 3.000,00 Euro

N = 300 mesi

K = 60 mesi

Rimborso del premio puro = $[2.316,60 * ((300-60)/300) * 3.000,00/60.000,00] = 92,66$ Euro

Rimborso dei costi = $[2.316,60 ((300-60)/300) * 3.000,00/53.148,11] = 104,61$ Euro

Importo del premio da rimborsare = $92,66 + 104,61 = 197,27$ Euro

Esempio n. 2

Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro

PVita Lordo = 4.204,80

Costi % = 50%

H = 2.316,60 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %))

PVita = 2.316,60 Euro (pari a PVita Lordo * (1- Costi%))

Debito residuo = 44.354,69 Euro

Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di mutuo = 1.000,00 Euro

N = 300 mesi

K = 120 mesi

Rimborso del premio puro = $[2.316,60 * ((300-120)/300) * 1.000,00/60.000,00] = 23,17$ Euro

Rimborso dei costi = $[2.316,60 * ((300-120)/300) * 1.000,00/44.354,69] = 31,34$ Euro

Importo del premio da rimborsare = $23,17 + 31,34 = 54,50$ Euro

ART. 13 DENUNCIA DEL SINISTRO

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:**

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

- In caso di assenza di testamento:
la non esistenza di disposizioni testamentarie;
nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.
- In caso di esistenza di testamento:
che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

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

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

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

4. DOCUMENTAZIONE MEDICA

- In caso di MORTE NATURALE:
occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicare 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:

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

- In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio - oltre all'eventuale documentazione necessaria per

morte naturale, la Compagnia necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico e delle indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, Certificato di chiusura inchiesta emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia la Compagnia stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è possibile contattare il numero verde: il 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 la seguente ulteriore documentazione nel caso di:

MINORI/INTERDETTI/INCAPACI:

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

PRESENZA DI UN PROCURATORE:

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

BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ:

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

BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE:

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

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

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

oppure

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

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari/eredi.

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

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

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi alla Contraente, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare la Compagnia al numero verde 800549330 (operativo 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 la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

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

oppure

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

SEZIONE V) FISCALITA', LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI

ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la Copertura Assicurativa può cumularsi con altre assicurazioni; di tale cumulo si terrà conto ai fini delle formalità assuntive di cui alla tabella riportata all'Art. 4 REQUISITI DI ASSICURABILITA'.

ART. 15 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

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

ART. 16 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato alla Compagnia, con riferimento alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R.. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Aderente sul Modulo di Adesione.

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

La Contraente provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Polizza Collettiva e a fornire ai clienti copia del Set Informativo. Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti del Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

ART. 18 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 19 FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Aderente, dell'Assicurato, del beneficiario 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. 20 CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 21 PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

ART. 22 CONFLITTO DI INTERESSI

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet www.veraassicurazioni.it. La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi della Contraente.

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

ADERENTE: L'Aderente è la persona fisica, cliente della Contraente e intestatario del finanziamento che ha aderito facoltativamente alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il premio.

ASSICURATO: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con l'Aderente. 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: Beneficiari in caso di Decesso dell'Assicurato, è la persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione dallo stesso, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento Assicurato.

CARENZA: Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Se l'evento assicurato avviene in questo periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

COINTESTATARIO: La persona che insieme all'intestatario del finanziamento risulta cointestatario dello stesso. Il Contratto di Assicurazione assicura fino ad un massimo di quattro persone per ciascun finanziamento, compreso l'intestatario.

COMPAGNIA (o SOCIETÀ o IMPRESA): 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

CONTRAENTE: Il Banco BPM S.p.A. con Sede legale in Piazza Meda 4, 20121 Milano, Società presso la quale è stato richiesto il finanziamento e che stipula i Contratti Collettivi di Assicurazione (Convenzione Assicurativa) con la Compagnia, per conto degli Assicurati.

CONTRATTO (DI ASSICURAZIONE SULLA VITA): Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

CONTRATTO DI FINANZIAMENTO: Il Contratto di Finanziamento è il Contratto con il quale la Contraente (la Banca) concede all'Assicurato un finanziamento, rientrante nell'ambito dei mutui ipotecari per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata non superiore a 35 anni (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure di durata residua non superiore a 35 anni (per i Finanziamenti già in corso) ed al quale si riferisce la Copertura Assicurativa oggetto del presente Contratto di Assicurazione.

CONVENZIONE ASSICURATIVA: Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. La Convenzione è stata sottoscritta tra la Compagnia e la Contraente.

COPERTURA ASSICURATIVA: La Copertura Assicurativa concessa dalla Compagnia e generata dal versamento di un Premio unico, a fronte della quale la Compagnia è obbligata al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

DATA DI DECORRENZA:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: è la data in cui il contratto inizia a produrre i propri effetti e coincide con la data di erogazione del Finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il Premio Unico contrattualmente previsto da parte dell'Impresa Aderente/ Compagnia.
- per i Finanziamenti già in corso: è la data in cui il contratto inizia a produrre i propri effetti e coincide con la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e di pagamento del Premio Unico contrattualmente previsto.

DEBITO RESIDUO: Quanto residua in linea capitale, relativamente al Contratto di Finanziamento stipulato con la Contraente, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute.

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

DECORRENZA DEL CONTRATTO: Momento in cui il contratto produce i propri effetti, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE (DUR): Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale:

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

DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA: Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza del Contratto di Assicurazione e la sua scadenza, durante il quale è operante ed ha validità la Copertura Assicurativa;

GENERALI WELION S.C.A.R.L.: Generali Welion S.c.r.l., con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, capitale sociale 10.000,00 Euro interamente versato, iscritta al registro delle imprese Venezia Giulia con p.i. 01202150320, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A.

INDENNIZZO: Somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

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.

IVASS (ex ISVAP): L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

LETTERA DI BENVENUTO: Lettera inviata dalla Contraente all'Assicurato successivamente alla Decorrenza della Copertura Assicurativa.

MARGINE DI SOLVIBILITÀ: rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria della Compagnia; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dalla Compagnia nei confronti degli Assicurati.

MODULO DI ADESIONE: Il modulo sottoscritto dall'Aderente e da ciascuno degli Assicurati contenente dichiarazioni rilevanti ai fini della copertura assicurativa.

POLIZZA: La Polizza collettiva n. 59374, stipulate dalla Contraente BANCO BPM S.P.A., con Vera Protezione S.p.A., disciplinata dalle seguenti Condizioni di Assicurazione a cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione.

PREMIO: Il premio è la somma dovuta alla Compagnia per la Copertura Assicurativa prestata. Il premio per il presente Contratto di Assicurazione è unico, viene addebitato all'Assicurato dalla Contraente in unica soluzione anticipata. Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) in base alla durata della Copertura Assicurativa.

PREMIO PURO: Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Compagnia con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato.

PREMIO UNICO: Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del Contratto.

PRINCIPIO DI COERENZA: Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

SET INFORMATIVO: L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente all'Aderente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet della Compagnia, composto da:

- DIP Vita
- DIP Aggiuntivo Vita
- Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario
- Modulo di Adesione.

SINISTRO: Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Vera Protezione S.p.A.

Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 47.500.000,00 i.v. C.F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00171 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009.

www.veraassicurazioni.it



MODULO DI ADESIONE

TCM A CAPITALE DECRESCENTE AD ADESIONE FACOLTATIVA A PREMIO UNICO FINANZIATO ABBINATA AI NUOVI FINANZIAMENTI (4CP73) O A PREMIO UNICO NON FINANZIATO ABBINATA AI FINANZIAMENTI STOCK (4CP74)

DATI GENERALI

BANCA ABI FILIALE C.A.B.

ha stipulato, ai sensi dell'Art. 1891 c.c., per conto e nell'interesse esclusivo dei propri clienti, le convenzioni:

- Vita: CONV. VITA

ASS. VITA
VERA PROTEZIONE S.p.a.

che hanno per oggetto:

A) Garanzia Vita: - Il pagamento di un capitale pari al debito residuo o alla quota parte dello stesso, determinato secondo le modalità definite nelle condizioni di assicurazione, in caso di: Morte.

Le convenzioni stipulate, di seguito verranno denominate "**Convenzione Collettiva**":

N° ADESIONE

ADERENTE

NOME COGNOME CODICE FISCALE PARTITA IVA
 INDIRIZZO N° CIVICO
 COMUNE PROVINCIA C.A.P. CAB COMUNE CODICE PAESE
 E-MAIL NUMERO TELEFONO

DATI FINANZIAMENTO

In quanto intestatario del contratto di Finanziamento n° con inizio il
 e scadenza il con durata in mesi Premio finanziato?

ASSICURATI

NOME COGNOME	CODICE FISCALE	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
ETA' ANAGRAFICA	INDIRIZZO	N° CIVICO	
COMUNE	PROV.	C.A.P.	CAB COMUNE
PERCENTUALE QUOTA DI COPERTURA ASSICURATIVA	CODICE PAESE		
	CAPITALE ASSICURATO		

BENEFICIARI

BENEFICIARI IN CASO MORTE

L'Aderente conferma l'espressa volontà di designare i beneficiari in forma non nominativa, consapevole di quanto riportato in avvertenza.
Avvertenza: in caso di mancata compilazione delle informazioni relative alla designazione in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari.

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

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
INDIRIZZO	
E-MAIL	

GARANZIE

- La Convenzione Collettiva offre le coperture assicurative sotto indicate:

GARANZIA
Morte

Esclusioni/Limitazioni della garanzia: si rimanda all'Articolo 6 delle Condizioni di Assicurazione.

PREMI**PREMIO UNICO ANTICIPATO**

<i>Garanzie Vita</i>
Premio Vita
- di cui Costi di acquisizione gestione e incasso comprensivi delle - Provvigioni percepite dall'intermediario
Premio lordo Totale
Imposte
Premio Netto Totale

Il **Premio Unico Lordo Totale** sopra riportato, con decorrenza _____ e scadenza _____, si intende anticipato ed è relativo:

- ad un Capitale Assicurato iniziale*/Debito residuo di € _____ Morte

* Quando la polizza è finanziata, il capitale assicurato è comprensivo del premio per la copertura assicurativa.

METODO DI PAGAMENTO

L'Aderente autorizza la Banca BANCO BPM S.P.A. ad addebitare dal conto corrente dell'Aderente il Premio assicurativo dovuto, nella misura indicata nella tabella sopra riportata (Premio Unico Lordo Totale), affinché la Banca esegua il mandato all'incasso, conferitole dalla Compagnia assicuratrice sopra indicata.

DURATA GARANZIE

L'aderente dichiara di aver preso visione e di approvare la durata della presente copertura assicurativa derivante dall'adesione alla **Convenzione Collettiva**:

Data decorrenza: dalle 24:00 del _____ (Sempre che sia stata pagata la quota di adesione come indicato nella Tabella sopra riportata);

Data Scadenza copertura assicurativa: il _____ (per la durata in mesi di _____).

E' previsto il pagamento di un Premio Unico Anticipato come da tabella sopra riportata nel box "PREMI" alla sezione "Premio Unico Anticipato."

Luogo e Data

FIRMA ADERENTE _____

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE E ASSICURATO/I**DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DELL'ADERENTE E DEL/GLI ASSICURATO/I:**

- Di aver ricevuto la copia integrale del Set Informativo - ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modifiche e/o integrazioni - composto dal Documento Informativo precontrattuale (DIP) per i prodotti assicurativi Vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo, dal DIP Aggiuntivo Vita, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e dal fac simile del presente Modulo di Adesione.
- Di riconoscere la piena veridicità e completezza di quanto contenuto nel presente Modulo di Adesione che risponde alle dichiarazioni rese in fase di sottoscrizione, pur se materialmente inserite da altri.
- Di aver risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con Firma il Questionario Medico fornito dalla Compagnia avendo verificato prima della sottoscrizione, l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione sullo stato di salute nel Questionario Medico. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato 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.

In particolare, la Compagnia ha diritto:

- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche ad 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.
- Di avere il proprio domicilio in Italia secondo l'art. 43 comma 1 del c.c.
- L'assicurato dichiara inoltre di prestare il consenso necessario per la validità dell'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1919 c.c
- Di **NON** svolgere 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, sommergebilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.
- L'aderente dichiara che il premio dovuto (alla data di sottoscrizione della polizza) corrisponde a quanto riportato nel presente modulo di adesione le cui regole di calcolo sono esposte nel Set Informativo, fatti salvi eventuali arrotondamenti applicati dal sistema informatico (con una tolleranza per eccesso o per difetto di massimo 1 euro)
- Di prendere atto che in merito alle garanzie finanziarie, ai sensi all'art. 4 comma 2 del Regolamento Isvap n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Compagnia il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; Dichiara pertanto che il finanziamento sottoscritto non è stato erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non è stato erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide;
- Di aver ricevuto l'informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario);
- L'Aderente dichiara di aver ricevuto la documentazione contrattuale e precontrattuale e di voler ricevere le successive comunicazioni previste dalla normativa vigente in modalità: _____.
- Di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data

FIRMA ADERENTE _____

FIRMA ASSICURATO _____

DICHIARO/IAMO CHE:

- Sono / siamo consapevole/i che l'adesione alla polizza è facoltativa
- Mi è stato presentato l'apposito Questionario per la valutazione della coerenza del Contratto rispetto alle mie esigenze e dei soggetti designati come Beneficiari

Luogo e Data

FIRMA ADERENTE _____

FIRMA ASSICURATO _____

N° adesione

*TCM A CAPITALE DECRESCENTE A PREMIO UNICO FINANZIATO ABBINATA AI NUOVI FINANZIAMENTI (4CP73)
O A PREMIO UNICO NON FINANZIATO ABBINATA AI FINANZIAMENTI STOCK (4CP74)*

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Condizioni di Assicurazione del Set Informativo:

- di liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso Decesso.
- di avere un'età compresa tra i 18 e i 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione dell'Adesione;
- di avere un'età inferiore o uguale a 75 anni alla data di scadenza del finanziamento;

Il Sottoscritto dichiara, ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del cod. civ., di approvare specificatamente le seguenti disposizioni riportate:

Art. 13 Denuncia del Sinistro.

Attenzione - Art. 9 - Diritto di Recesso: l'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 all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo: Vera Protezione S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona. Il Premio pagato per la Copertura Assicurativa verrà rimborsato all'Aderente dall'Impresa di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Luogo e Data

FIRMA ADERENTE _____

FIRMA ASSICURATO _____

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

AVVERTENZE:

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

Si attesta che la modalità di svolgimento della richiesta di Adesione del Cliente al rapporto assicurativo è avvenuta in presenza del Cliente e senza che vi siano stati comportamenti anomali o non usuali da parte del Cliente stesso.

Luogo e Data

FIRMA INTERMEDIARIO _____

NOME	COGNOME		
ENTE	FILIALI	COLLOCATORE	CODICE PRODOTTO
NUMERO DI PRATICA			

AVVERTENZA

- Per poter aderire all'assicurazione collettiva, all'Assicurato è richiesto di rispondere al presente Questionario Medico. Si avverte l'Assicurato che:
- le Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c;
 - prima della sottoscrizione del Questionario Medico, è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese nel Questionario Medico;
 - il Rapporto di Visita Medica, può essere compilato tramite visita medica telefonica, con il supporto diretto della Compagnia che si avvale per Generali Welion, di una società mandataria. Nel caso in cui l'Assicurato non acconsenta al trattamento dei dati personali da parte della Società incaricata e/o non fosse possibile effettuare il contatto telefonico, si potrà procedere con la sottoscrizione del contratto previa compilazione del medesimo rapporto di visita medica, per l'integrazione dei dati sullo stato di salute, compilato esclusivamente dal medico (mod. 602 predisposto dalla Compagnia);
 - nel caso in cui non si sottoponga al test HIV, come è suo diritto, si applica alla polizza, solo per le patologie collegate all'AIDS, un periodo di carenza di 5 anni.
 - anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a carico dell'Assicurato stesso. L'Assicuratore si riserva il diritto di prestare o meno le coperture assicurative previo esame della documentazione sanitaria prodotta dall'Assicurato.

Sono assicurabili soltanto i soggetti che rispondono "NO" a tutte le domande incluse nel Questionario Medico. Se l'Assicurato si trova nella situazione di rispondere "SI" ad una delle domande sul proprio stato di salute, il rischio non potrà essere assunto senza il supporto di documentazione sanitaria integrativa. La Compagnia si riserva di valutare se assumere il rischio, dopo che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica o abbia prodotto la documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia.

QUESTIONARIO MEDICO

A. Ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?

	SI	NO
1. Malattie cardiovascolari Ipertensione arteriosa grave (con valori pressori superiori a 140/90 nonostante l'eventuale trattamento farmacologico in corso), infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi coronarica, trombosi profonda, scompenso cardiaco, cardiomiopatie, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, vasculopatia, aritmia cardiaca grave e tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici.		
2. Malattie del sistema nervoso centrale e periferico Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, danni cerebrali permanenti, aneurisma, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, depressione grave in trattamento farmacologico continuo e schizofrenia.		
3. Neoplasie maligne Cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno, compresi leucemie, neoplasie atipiche incluse cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale, linfomi, mielomi.		
4. Malattie dell'apparato digerente e uro-genitale Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica, cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica, gastroduodenite, esofago di Barret, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa.		
5. Malattie dell'apparato respiratorio Qualsiasi malattia polmonare cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma, sarcoidosi e enfisema ad esclusione di asma lieve nel caso in cui sia trattata solo con l'uso intermittente di un broncodilatatore ad azione rapida.		
6. Malattie dimetaboliche, immunopatologiche, congenite/ereditarie, del sangue <ul style="list-style-type: none"> - HIV, qualsiasi altra malattia immunopatologica e patologie correlate; - Diabete, tale da richiedere trattamento farmacologico; - Malattie della tiroide con trattamento farmacologico non compensato, noduli tiroidei; - Malattie o malformazioni congenite/ereditarie tali da richiedere un trattamento continuativo e/o periodico: idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi; - Trombocitemia, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, trompocitopenida idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amoloidosi, ipersplenismo, emofilie. 		

B. In riferimento ad una delle patologie elencate al punto A è in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura)?

--	--

C. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?

--	--

D. La differenza fra la Sua altezza in cm e il Suo peso in kg è minore di 80 o maggiore di 120?

--	--

E. COVID19

SI	NO
----	----

1. Negli ultimi 3 mesi ha manifestato contestualmente i sintomi del Covid-19 (come tosse, affanno e febbre superiore a 37,5 – i sintomi indicati si devono manifestare contestualmente) o è stato invitato a mettersi in autoisolamento per presenza di sintomi, su consiglio del medico, per almeno 14 giorni?

--	--

2. Nell'ultimo mese, a causa del Covid19, è stato invitato a mettersi in autoisolamento (*) senza sintomatologia (a causa di tracciatura di contatti positivi) o a seguito di un viaggio?

--	--

(*) Sono escluse tutte le eventuali restrizioni del Governo che obbligano a rimanere a casa

Il Sottoscritto Assicurato dichiara per l'efficacia delle garanzie:

- di assumersi la piena responsabilità che le risposte rese nel Questionario Medico sono corrette e rispondenti al vero, anche se scritte di pugno altrui;
- di assumersi la piena responsabilità per la veridicità e completezza delle informazioni riportate nella presente adesione. L'Assicurato **proscioglie** inoltre dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che possono o potranno averlo curato o visitato o altre persone alle quali l'Assicuratore, anche dopo l'eventuale sinistro, ritenesse opportuno in ogni tempo rivolgersi per informazioni ed acconsente che tali informazioni siano dall'Assicuratore stesso o da chi per esso comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche.

L'Assicurato dichiara inoltre di aver ricevuto, preso visione ed accettato il contenuto del rapporto di "Visita medica a distanza", qualora abbia aderito al servizio. Tale rapporto riassume le informazioni sanitarie rese dall'Assicurato telefonicamente alla Compagnia per il tramite di Avanguardia Medica S.r.l.. Dichiara inoltre che quanto riportato in tale documento è veritiero, esatto e completo.

LUOGO E DATA

FIRMA ASSICURATO _____

Vera Protezione S.p.A.

Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 47.500.000,00 i.v. C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00171 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009.

www.veraassicurazioni.it

