VERA Protezione VERA Assicurazioni

# SET INFORMATIVO

**CPI 4YOU - TARIFFA CPAL**

**(Contratto di assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa per i casi di decesso – invalidità totale permanente da infortunio o malattia - ricovero ospedaliero - inabilità temporanea totale da infortunio o malattia)**

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Danni
  Mod.CPAL DIP Ed. 01.2022;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Vita
  Mod.CPAL DIP Ed. 01.2022;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) aggiuntivo Multirischi
  Mod.CPAL DIP AGG. Ed. 01.2022;
- Condizioni di Assicurazione, comprensive del glossario
  Mod.CPAL CA Ed. 01.2022;
- Facsimile del Modulo di Adesione
  Mod.CPAL MA Ed. 01.2022.

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

GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI

Edizione aggiornata al 01/01/2022

# Assicurazione Infortuni e Malattia (CPI)

**Documento Informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo**

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

**Prodotto: - CPI 4YOU – Credit Protection a Premio Unico abbinabile ai prestiti personali – Tariffa CPAL**

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

## Che tipo di assicurazione è?

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

## Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio o Malattia, è previsto il pagamento in unica soluzione all'Assicurato della somma assicurata, pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale al momento del sinistro, al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie, alla data di riconoscimento dell'Invalidità.

✓ Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia
Qualora l'Assicurato si trovi nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere oppure, in caso di Assicurato non lavoratore, di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari famigliari, personali o domestici, è prevista la liquidazione all'Assicurato, per ogni mese di durata del sinistro, di una somma pari alla rata di rimborso mensile del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.

✓ Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia
E' prevista la liquidazione all'Assicurato, per ogni mese di durata del sinistro, di una somma pari all'ammontare della rata di rimborso mensile del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento, per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero, trascorso il periodo di franchigia.

La massima somma assicurabile è pari a:

- in caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro.
- in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 24 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto;
- in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 24 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto.

## Che cosa non è assicurato?

Le persone fisiche che:

× sottoscrivano/abbiano sottoscritto un Contratto di Finanziamento di durata inferiore a 6 mesi oppure superiore a 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento di massimo 3 mesi);
× non siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
× non abbiano un'età compresa tra 18 e i 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
× alla data di scadenza del finanziamento risultino di età superiore a 75 anni;
× non abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione
× non abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, compilato la documentazione medica necessaria (Questionario Sanitario).

## Ci sono limiti di copertura?

Invalidità Totale Permanente da Infortunio:

! incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
! pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
! partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
! delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Malattia:

! infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere e volere;
! delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
! interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
! mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
! infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
! alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni.

**Ulteriori limitazioni sono indicate nel DIP Aggiuntivo.**

## Dove vale la copertura?

✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

## Che obblighi ho?

All'inizio del contratto

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

Qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Compagnia, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

Nel corso del contratto

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, l'Assicurato è tenuto - anche tramite Banco BPM S.p.A. - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

In caso di sinistro l'Assicurato deve:

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

## Quando e come devo pagare?

Il Premio, comprensivo di imposte, deve essere corrisposto interamente in via anticipata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze Collettive abbinate al Contratto di Finanziamento.

Il pagamento del premio alla Compagnia avviene per il tramite di Agos Ducato S.p.A., per conto dell'Assicurato.

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del finanziamento (a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e sia stato corrisposto il premio) sempre che l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione.

Le garanzie prevedono alcuni periodi di inoperatività ("periodi di carenza"), per il cui dettaglio si rinvia al DIP Aggiuntivo.

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

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: decesso dell'Assicurato, accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, scadenza del contratto di Finanziamento, esercizio del diritto di recesso, anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (qualora l'Assicurato non faccia richiesta, al momento dell'anticipata estinzione totale del finanziamento ovvero al momento in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria).

## Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può:

- recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza;
- per i contratti di durata superiore ai 5 anni, trascorso il quinquennio, recedere con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine della annualità nel corso della quale viene esercitata.

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



Vera Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 63.500.000,00 i.v. C. F. e iscr. Reg. Impr. di VR n. 01979370036 - 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. 1.00151 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.
www.veraassicurazioni.it

# Assicurazione Temporanea caso morte a capitale decrescente

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

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

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

**Data di aggiornamento: 01/01/2022 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.**

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

**Che tipo di assicurazione è?**

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

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

✓ Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato: in caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata della Copertura Assicurativa, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Decesso, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie. Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alla Copertura Assicurativa, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

✓ Capitale Assicurato: il capitale assicurato non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro.

- ✓ In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 80.000,00 gli indennizzi (Morte ed Invalidità Totale Permanente) saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

## Che cosa NON è assicurato?

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

× 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.

## Ci sono limiti di copertura?

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

! 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'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Adesione.
- L'Assicurato deve compilare il Questionario Sanitario come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.
- La Contraente – in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento – provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e a fornire ai clienti copia del Set Informativo.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla compagnia nei casi di:
  - trasferimento di sede/domicilio della Contraente 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 l'Aderente e 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?

- Le Coperture Assicurative vengono prestate dalla Compagnia dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico anticipato. Il premio è finanziato dalla Contraente.

- Tale premio, viene versato alla Compagnia dalla Contraente per conto dell'Assicurato, che ha sottoscritto il Modulo di Adesione, al momento dell'erogazione del Finanziamento.
- Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto alla Compagnia.
- Il premio per la Copertura Morte viene determinato applicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento - all'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto fra Compagnia e Contraente ha efficacia dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione, ha durata pari ad un anno e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo facoltà delle parti di esercitare il diritto di disdetta.
- Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione ed abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto dal presente Contratto di Assicurazione e che l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione. Qualora il premio unico non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione produrrà effetti dalle ore 24:00 della data indicata nel Modulo di Adesione.
- La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata del Contratto di Finanziamento, più l'eventuale periodo di preammortamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.
- Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.
- Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
  - decesso dell'Assicurato;
  - accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
  - raggiungimento della data di scadenza del Contratto di Finanziamento;
  - anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed la Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire le Coperture Assicurative).
- La Contraente e l'Assicurato devono avere la sede/domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano la sede/domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto 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'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo: Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

## Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☑ NO

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

VERA Protezione VERA Assicurazioni

# Assicurazione Caso Morte, Infortuni, Malattia

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

**Vera Protezione S.p.A. – Vera Assicurazioni S.p.A.**

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

**Data di aggiornamento: 01/01/2022 - Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile.**

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

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

**Imprese:**

**Per l'Assicurazione vita**: **Vera Protezione S.p.A.** Via Carlo Ederle, n. civico 45; CAP 37126; città Verona; tel. 800341292; sito internet: www.veraprotezione.it; e-mail: info@veraprotezione.it; pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it.

**Per l'Assicurazione danni: Vera Assicurazioni S.p.A.** Via Carlo Ederle, n. civico 45; CAP 37126; città Verona; tel. 045/839277; sito internet: www.veraassicurazioni.it; email: info@veraassicurazioni.it; pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

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

***Vera Assicurazioni S.p.A.**, Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni, ha sede legale e direzione generale in Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.*
*Numero di telefono: 045 8391111 – sito internet: www.veraassicurazioni.it.*
*Indirizzo di posta elettronica:*

- *per informazioni di carattere generale: info@veraassicurazioni.it*
- *per informazioni relative alle liquidazioni: sinistrire@veraassicurazioni.it*

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

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

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

- *del Patrimonio Netto è pari a 90 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 63,5 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 14,7 milioni di euro);*
- *del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 74,8 milioni di euro **(a)**;*
- *del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 18,7 milioni di euro;*

- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 228 milioni di euro **(b);***
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 228 milioni di euro.*

*Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 3,05 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?

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

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

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

- Infortuni: Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr.1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa). Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente l'indennizzo corrisposto è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili, che siano conseguenza dell'infortunio ed indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.
- Malattia: La Compagnia corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata per la quale l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi nel periodo di validità della copertura assicurativa. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

**OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO**

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.

**OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO**

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.

## Che cosa NON è assicurato?

| | |
|---|---|
| **Rischi esclusi** | **Ramo Vita:**<br>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.<br><br>**Rami Danni:**<br>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. |

## Ci sono limiti di copertura?

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

CONDIZIONI DI CARENZA:

- L'assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica predisposto dalla Compagnia stessa. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.
  Qualora l'ingresso in copertura dell'Assicurato avvenga senza rapporto di visita medica, 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.

**Rami Danni:**

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni:

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale e Permanente causati da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- infortuni causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, allucinogeni, stupefacenti da parte dell'Assicurato;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- inoltre sono esclusi gli infortuni causati:
- dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- dalla pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti.

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia

ESCLUSIONI

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

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- ubriachezza, alcolismo, abuso ed uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- conseguenze della pratica di tutti gli sport, amatoriale o professionale, che comporti un compenso o una remunerazione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti.

PERIODO DI FRANCHIGIA ASSOLUTA

60 giorni.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

30 giorni (180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente).

Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia

ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Ricovero Ospedaliero causati da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non

giustificata da una situazione di pericolo);
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti.

Periodo di Franchigia Assoluta

5 giorni

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

**Cosa fare in caso di sinistro?**

**Denuncia di sinistro:**

**Ramo Vita:**

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

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono 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'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.

**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 20.000,01): occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico** attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.

Si precisa che 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 avventi in Paesi Esteri);
- emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione (dichiarazioni di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario).

- **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 apertesi dopo il 3/10/2006, ai sensi della legge di conversione del D. Lgs. n. 262/2006, è necessario produrre:

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

oppure

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

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

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di trenta giorni dalla data di ricevimento.
Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

**Rami Danni:**

La Denuncia scritta, e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviata entro il termine indicato nel DIP Danni a: Sinistri Vera Assicurazioni - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona oppure potete contattare il Numero Verde 800 185 445 attivo 24 ore su 24, sette giorni su sette.
La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.
Per la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, la seguente documentazione:

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

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

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

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

- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Contraente presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia su richiesta di quest'ultima);
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

In caso di Ricovero Ospedaliero è richiesta inoltre la seguente documentazione:

- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Contraente presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia su richiesta di quest'ultima).

**Prescrizione:**

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni per le Garanzie Vita e di due anni per le Garanzie Danni 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.

**Liquidazione della prestazione:**

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di

| | |
|---|---|
| | liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria.<br>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. |
| | **Gestione da parte di altre imprese:**<br>La gestione dei sinistri Rami Danni è affidata ad una Struttura Esterna, Generali Welion S.c.a.r.l. |
| | **Assistenza diretta/in convenzione:**<br>Non previsto. |
| **Dichiarazioni inesatte o reticenti** | La Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.<br>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:<br>HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:<br>• di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando alla Contraente 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;<br>• di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;<br>• di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;<br>• di trattenere il premio.<br>HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:<br>• di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi alla Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;<br>• 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?

| | |
|---|---|
| **Premio** | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e DIP Danni. |
| **Rimborso** | In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente) ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente, la Compagnia, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato e le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento ovvero dalla data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente.<br>In alternativa, l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento.<br>L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è corrisposto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro e quella relativa ai costi gravanti sul premio di riferimento.<br>Nei casi di allungamento della durata delle Coperture Assicurative, la Compagnia non provvederà ad alcun rimborso di premio qualora l'anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento ovvero il venir meno del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente si verifichino successivamente alla Data di scadenza originaria del Finanziamento.<br>In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Compagnia, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato commisurando le Coperture Assicurative al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato.<br>In alternativa, l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate 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 del Contratto di Finanziamento.<br>Nei casi di allungamento della durata delle Coperture Assicurative, la Compagnia non provvederà ad |

| | |
|---|---|
| | alcun rimborso di premio qualora l'anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento ovvero il venir meno del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente si verifichino successivamente alla Data di scadenza originaria del Finanziamento. |
| **Sconti** | Per questo prodotto non sono previsti sconti di premio. |

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

| | |
|---|---|
| **Durata** | **Ramo Vita:**<br>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.<br><br>**Rami Danni:**<br>Sono previsti i seguenti periodi di carenza:<br>• Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: 30 giorni<br>• Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia: 30 giorni |
| **Sospensione** | **Ramo Vita:**<br>Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.<br><br>**Rami Danni:**<br>Non è prevista la sospensione delle garanzie. |

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

| | |
|---|---|
| **Revoca** | **Ramo Vita**:<br>Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.<br><br>**Ramo Danni**:<br>Le presenti Coperture Assicurative non prevedono l'esercizio della Revoca dell'Adesione in considerazione delle modalità di conclusione del Contratto. |
| **Recesso** | **RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI (ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DI DECORRENZA)**<br>Nel caso di recesso esercitato **entro 30 giorni** dalla data di Decorrenza, la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, a ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalla Contraente. **Non sono previste spese amministrative a carico dell'Assicurato.**<br><br>Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ai 30 giorni ed **entro 60 giorn**i dalla data di Decorrenza, la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, a ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalla Contraente. **Per la sola copertura danni dal rimborso del premio saranno trattenute le imposte versate dalla Compagnia.**<br><br>L'assicurato 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'Assicurato.<br><br>**RECESSO DALLE COPERTURE DANNI DAL QUINTO ANNO**<br>Qualora l'Assicurato eserciti il diritto di recesso secondo le modalità previste, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa, la Compagnia, per il tramite della Contraente, rimborserà all'Assicurato stessa la parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto. |
| **Risoluzione** | Non sono previsti casi di risoluzione. |

## Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☑ NO

| | |
|---|---|
| **Valori di riscatto e riduzione** | Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione. |
| **Richiesta di informazioni** | Non si prevede la possibilità di richiedere valori di riscatto o riduzione in quanto non presenti. |

## A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione al presente Programma Assicurativo e che alla data di scadenza delle Coperture Assicurative risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi;
- che non abbiano in corso altre Coperture Assicurative con la Compagnia abbinate a Contratti di finanziamento stipulati con la Contraente;
- che abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, compilato il Questionario Sanitario.

## Quali costi devo sostenere?

**Ramo Vita:**

- **Costi gravanti sul premio:**
  TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

- **Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento del finanziamento:**
  Non sono presenti spese amministrative per il rimborso del premio.

- **Costi per il riscatto:**
  Non sono presenti costi per il riscatto.

- **Costi per l'erogazione della rendita:**
  Non sono presenti costi per l'erogazione della rendita.

- **Costi per l'esercizio delle opzioni:**
  Non sono presenti costi per l'esercizio delle opzioni.

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

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

**Rami Danni:**

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

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

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

**Per tutti i rami:**

- **Costi dei PPI**
  Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

## 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:<br><br>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.<br><br>Vera Assicurazioni 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 8372903 - indirizzo mail reclami@veraassicurazioni.it.<br><br>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'impesa 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** | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Tale sistema risulta obbligatorio per poter promuovere successivamente un'azione giudiziale. |
| **Negoziazione assistita** | Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. |
| **Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie** | **Ramo Vita:**<br>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 (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.<br><br>**Rami Danni:**<br>Arbitrato<br>Rimettersi alla decisione di un Collegio di tre medici per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.<br>Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato/Impresa Aderente.<br>Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.<br>Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali.<br><br>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 (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** | **Ramo Vita:**<br>Imposte sui premi<br>I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.<br><br>Detraibilità fiscale dei premi<br>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.<br><br>Tassazione delle somme assicurate<br>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.<br><br>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.<br><br>**Rami Danni:**<br>Imposte sui premi<br>Il premio di Assicurazione è soggetto ad un'imposta pari al 2,50% del premio imponibile.<br><br>Disciplina dei premi e delle somme assicurate<br>Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato, nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.<br>Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:<br>• eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;<br>• eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta. |

**IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, 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 SANITARIO, 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 (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

**CPI 4YOU**

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

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA

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

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono parte integrante della documentazione contrattuale unitamente a:

- il Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)
- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita);
- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi);
- l'Informativa in materia di protezione dei dati personali;
- il Modulo di Adesione.

Edizione 01/01/2022

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

## Contratto di Assicurazione in Forma Collettiva ad Adesione Facoltativa per i casi di Decesso - Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

**Vera Assicurazioni – Vera Protezione** (Tariffa CPAL)

**[Data di aggiornamento: 01/01/2022]**

**INDICE**

**SEZIONE I) OGGETTO, PRESTAZIONI E REQUISITI DI ASSICURABILITÀ 3**
ART. 1 - GARANZIE 3
ART. 2 - PRESTAZIONI 3
*2.1. Prestazione in caso di morte 3*
*2.1.1 Prestazione in caso di sopravvivenza 3*
*2.2. Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia 3*
*2.3. Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia 4*
*2.4. Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero 4*
ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA' 4
ART. 4 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO 5
**SEZIONE II) DECORRENZA, DURATA CONTRATTUALE E DIRITTO DI RECESSO 5**
ART. 5 - DECORRENZA E DURATA 5
ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO 7
**SEZIONE III) LIMITI DI INDENNIZZO, PAGAMENTO DEL PREMIO E ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO 9**
ART. 7 - LIMITI DI INDENNIZZO 9
ART. 8 - PAGAMENTO DEL PREMIO 9
ART. 9 - ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO 10
**SEZIONE IV) BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI E DENUNCIA DEL SINISTRO 13**
ART. 10 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI 13
ART. 11 - DENUNCIA DI SINISTRO 13
ART. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO 14
**SEZIONE V) FISCALITÀ, LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI 14**
ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA 14
ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI 14
ART. 15 - IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI 14
ART. 16 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO 14
ART. 17 - LEGGE APPLICABILE 14
ART. 18 - COMUNICAZIONI 14
ART. 19 - CESSIONE DEI DIRITTI 14
ART. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE 14

ART. 21 - FORO COMPETENTE 14
ART. 22 - CLAUSOLA LIBERATORIA 15
ART. 23 - CONTROVERSIE 15
ART. 24 - PRESCRIZIONE 15
ART. 25 – CONFLITTO DI INTERESSI 15

**SEZIONE VI) ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE 15**
***Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO* *15***
ART. 26 - PRESTAZIONI ASSICURATE 15
***Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA* *16***
ART. 27 – ESCLUSIONI, LIMITAZIONI E PERIODO DI CARENZA 16
***Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO* *18***
ART. 28 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 18

**SEZIONE VII) ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DAINFORTUNIO O MALATTIA 21**
***Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO* *21***
ART. 29 - PRESTAZIONI ASSICURATE 21
ART. 30 CRITERI DI INDENNIZZABILITA' 22
ART. 31 - INDENNIZZO 23
***Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA* *24***
ART. 32 – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI 24
***Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO* *25***
ART. 33 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 25

**SEZIONE VIII) ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO 26**
***Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO* *26***
ART. 34 - PRESTAZIONI ASSICURATE 26
ART. 35 - INDENNIZZO 26
***Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA* *27***
ART. 36 – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI 27
***Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO* *28***
ART. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 28
ART. 38 DENUNCE SUCCESSIVE 29

**SEZIONE IX) ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO 29**
***Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO* *29***
ART. 39 - PRESTAZIONI ASSICURATE 29
ART. 40 - INDENNIZZO 29
***Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA* *30***
ART. 41 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI 30
***Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO* *31***
ART. 42 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 31
ART. 43 - DENUNCE SUCCESSIVE 31

**GLOSSARIO 32**

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

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

## SEZIONE I) OGGETTO, PRESTAZIONI E REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

**Che tipo di assicurazione è?**
È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte, di Invalidità Totale permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato, di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia per i sottoscrittori del Contratto di Finanziamento.

### ART. 1 - GARANZIE

Il presente Contratto di Assicurazione, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra AGOS DUCATO SpA e la Compagnia, comprende le garanzie:

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

**Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dal Modulo di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Compagnie stesse.**
**Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.**
Le garanzie sono prestate dalla Compagnia in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Assicurato.

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

### ART. 2 - PRESTAZIONI

***2.1. Prestazione in caso di morte***
L'Indennizzo è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie – alla data del decesso dell'Assicurato**.**

***2.1.1 Prestazione in caso di sopravvivenza***
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.

***2.2. Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia***
L'Indennizzo è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - alla data di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente. Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.
Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data di accadimento dell'infortunio oppure, in caso di malattia, tra la

data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.

***2.3. Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia***

Per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Finanziamento al momento del sinistro. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale opererà un periodo di franchigia di sessanta giorni dalla data di ripresa dell'abilità all'attività lavorativa; tale nuovo periodo di franchigia verrà applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.

***2.4. Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero***

In caso di Ricovero Ospedaliero perdurante oltre il Periodo di Franchigia di 5 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Contratto di Finanziamento al momento del sinistro; un ulteriore Indennizzo, pari alla rata mensile suddetta, sarà corrisposto per ciascun periodo di trenta giorni consecutivi successivi alla scadenza del Periodo di Franchigia.

## ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA'

**Sono assicurabili tutte le persone fisiche:**

- **di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione al presente Programma Assicurativo e che alla data di scadenza delle Coperture Assicurative risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;**
- **che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi. L'importo massimo assicurabile è riportato all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue;**
- **che non abbiano in corso altre Coperture Assicurative con la Compagnia abbinate a Contratti di finanziamento stipulati con Agos Ducato S.p.A.;**
- **che abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione;**
- **abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, secondo la tabella seguente, compilato il Questionario Sanitario.**

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

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

Anche se non espressamente prevista dalle formalità di ammissione al Contratto di Assicurazione, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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

## ART. 4 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

**La Contraente e 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 E/O L'ASSICURATO HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:**
- **di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando alla Contraente 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 Sanitario, 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 E/O L'ASSICURATO NON HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:**
- **di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi alla Contraente 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.**

**Le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, in questo caso, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di erogazione del Contratto di Finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Compagnia prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.**

**In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte della Compagnia è da ritenersi confermata purché l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se l'erogazione del Finanziamento fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.**

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

# SEZIONE II) DECORRENZA, DURATA CONTRATTUALE E DIRITTO DI RECESSO

## ART. 5 - DECORRENZA E DURATA

**Il contratto fra Compagnia e Contraente è efficace dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione, ha durata pari ad un anno e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo facoltà delle parti di esercitare il diritto di disdetta.**

**Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione ed abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto dal presente Contratto di Assicurazione. Qualora il premio unico non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione produrrà effetti dalle ore 24:00 della data indicata nel Modulo di Adesione.**

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

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

**La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata del Contratto di Finanziamento, più l'eventuale periodo di preammortamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.**

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

- decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- scadenza del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed la Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).

**Le Coperture Assicurative Danni, prestate da Vera Assicurazioni S.p.A., cesseranno con effetto dal giorno del decesso, dall'accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente oppure dal giorno in cui la Compagnia è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese. In quest'ultimo caso la Compagnia invierà comunicazione scritta all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ne è venuta a conoscenza.**

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

MODIFICA DELLE PRESTAZIONI O DELLA DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE IN BASE AL NUOVO PIANO DI AMMORTAMENTO DEL FINANZIAMENTO

Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

Le condizioni per la **Variazione del Piano di Ammortamento**, qualora prevista dal Contratto di Finanziamento, sono le seguenti:

L'Assicurato che ha pagato almeno 3 rate del Contratto di Finanziamento può esercitare le seguenti opzioni di modifica del piano di ammortamento del finanziamento, a decorrere dalla settima rata, per un massimo di 3 volte in caso di Posticipo del rimborso della rata ovvero 6 volte in caso di Modifica dell'importo della rata. Devono intercorrere almeno 6 mesi tra una variazione e la successiva. La durata del piano di ammortamento non potrà superare i 120 mesi per finanziamenti fino a € 50.000,00.

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

Nel caso in cui l'Assicurato usufruisca dell'opzione "Posticipo del rimborso della rata", la durata delle Coperture Assicurative si protrarrà per il periodo corrispondente ai mesi di allungamento del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento. Le prestazioni verranno adeguate automaticamente e l'Assicurato non dovrà corrispondere alcun premio aggiuntivo integrativo.
Nel caso in cui l'Assicurato usufruisca dell'opzione "Modifica dell'importo della rata" con conseguente variazione della durata del Finanziamento, sia la durata che le prestazioni delle Coperture Assicurative–verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento. Il premio pagato dall'Assicurato alla Data di Decorrenza non verrà integrato o rimborsato.

**In ogni caso, come previsto all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'":**

**a) la durata delle Coperture Assicurative non potrà superare i 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento);**
**b) alla data di scadenza delle Coperture Assicurative l'Assicurato dovrà risultare di età inferiore o uguale a 75 anni.**

Qualora l'allungamento della durata del Contratto di Finanziamento, comporti il superamento dei requisiti riportati ai punti a) e b), le Coperture Assicurative verranno estinte alla data di comunicazione del cambio del piano di ammortamento alla Compagnia. La parte di Premio (per la Copertura Morte e per le Coperture Danni) corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, sarà restituito all'Assicurato, per il tramite della Contraente, calcolata con le formule riportate all'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE / PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO".

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

## ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la 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, ai seguenti indirizzi:
Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.
Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

Nel caso di recesso esercitato **entro 30 giorni** dalla data di Decorrenza, la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, a ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalla Contraente. **Non sono previste spese amministrative a carico dell'Assicurato.**

Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ai 30 giorni ed **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza, la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, a ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalla Contraente. **Per la sola copertura danni dal rimborso del premio saranno trattenute le imposte versate dalla Compagnia.**

DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI
A partire dal quinto anno successivo all'adesione, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.
L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso oppure inviando alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:
Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

La Compagnia, per il tramite della Contraente restituirà all'Assicurato la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

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

Dove:

- R = importo da rimborsare
- PDanni = Premio versato per le Coperture Danni al netto dei costi e tasse (riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate)
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Recesso. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di recesso non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene il recesso.

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

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

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

## SEZIONE III) LIMITI DI INDENNIZZO, PAGAMENTO DEL PREMIO E ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO

### ART. 7 - LIMITI DI INDENNIZZO

**L'indennizzo non potrà superare:**

- **in caso di Morte ed Invalidità Totale Permanente: l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro;**
- **In caso di Inabilità Temporanea Totale - Ricovero Ospedaliero: l'importo di Euro 2.000,00 mensili, con il massimo di : 12 indennizzi mensili per Sinistro nei casi di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero; 24 Indennizzi mensili per l'intera durata delle Coperture Assicurative per ciascuna delle garanzie**

**In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 80.000,00 gli indennizzi (Morte ed Invalidità Totale Permanente) saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.**

### ART. 8 - PAGAMENTO DEL PREMIO

**Le Coperture Assicurative vengono prestate dalla Compagnia dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico anticipato. Il premio è finanziato dalla Contraente.**

**Tale premio, viene versato alla Compagnia dalla Contraente per conto dell'Assicurato, che ha sottoscritto il Modulo di Adesione, al momento dell'erogazione del Finanziamento.**
Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto alla Compagnia.
**L'importo totale del premio unico è pari alla somma del premio per la Copertura Morte e del premio per le Coperture Danni. Il premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni viene determinato applicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento - all'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento.**

Di seguito i tassi di premio suddivisi per garanzia:

| DURATA FINANZIAMENTO IN MESI | COPERTURA MORTE | COPERTURA DANNI (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale - Ricovero Ospedaliero) (*) |
|---|---|---|
| Da 6 mesi a 36 mesi | 1,51% | 2,60% |
| Da 37 mesi a 48 mesi | 2,21% | 2,93% |
| Da 49 mesi a 72 mesi | 3,50% | 3,51% |
| Da 73 mesi a 84 mesi | 3,86% | 4,44% |
| Da 85 mesi a 120 mesi | 5,11% | 4,49% |
| Da 121 a 180 mesi | 7,75% | 3,75% |

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

## ART. 9 - ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE DEL FINANZIAMENTO

**In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente) ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente, la Compagnia, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato e le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento ovvero dalla data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed la Contraente.**

**In alternativa l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento.**

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

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

Rimborso del premio puro = [(PVita + PDanni) * ((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
PDanni = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte e dei costi (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero)
H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Anticipata Estinzione Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato
Cap_Estinto = importo 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 ass.to 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)

**Nei casi di allungamento della durata delle Coperture Assicurative disciplinati all'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA" che precede, la Compagnia non provvederà ad alcun rimborso di premio qualora l'anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento ovvero il venir meno del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed la Contraente si verifichino successivamente alla Data di scadenza originaria del Finanziamento.**

Nel caso in cui l'Assicurato scelga di mantenere in vigore le Coperture Assicurative, ai fini della determinazione della prestazione assicurata il Debito residuo sarà ricostruito dalla Compagnia sulla base del piano di ammortamento del Finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dalla Compagnia al momento dell'anticipata estinzione totale o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

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

**Rimborso rateo per Copertura Morte**

Esempio n. 1
Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
PVita Lordo = 700,00
Costi % = 55,00%
H = 385,00 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %)
PVita = 315,00 Euro (pari a PVita Lordo * (1- Costi%))
Debito residuo =13.879,43 Euro
N = 60 mesi
K = 20 mesi
Importo del premio da rimborsare= [315,00*((60-20)/60)*13.879,43/20.000,00] + [385,00*((60-20)/60)*13.879,43/13.879,43] = 402,40 Euro

**********

Esempio n. 2
Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
PVita Lordo = 700,00
Costi % = 55,00%
H = 385,00 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %)
PVita = 315,00 Euro (pari a PVita Lordo * (1- Costi%))
Debito residuo =7.228,10 Euro
N = 60 mesi
K = 40 mesi
Rimborso del premio puro = [315,00*((60-40)/60)*7.228,10/20.000,00] + [385,00*((60-40)/60)* 7.228,10/7.228,10] = 166,28 Euro

**Rimborso rateo per le Coperture Danni**
Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
PDanni Lordo = 702,00
Costi % = 55,00%
H = 376,45 Euro
PDanni = 684,45 Euro
Debito residuo =13.879,61 Euro
N = 60 mesi
K = 20 mesi
Rimborso del premio puro = [684,54*((60-20)/60)*13.879,61/20.000,00] + [376,45*((60-20)/60)* 13.879,61/13.879,61] = 393,47 Euro

ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO
**In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Compagnia, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato commisurando le Coperture Assicurative al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data**

**dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato.**
**In alternativa l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate 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 del Contratto di Finanziamento.**

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

**Nei casi di allungamento della durata delle Coperture Assicurative disciplinati all'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA" che precede, la Compagnia non provvederà ad alcun rimborso di premio qualora l'anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento si verifichi successivamente alla Data di scadenza originaria del Finanziamento**.

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

**Rimborso rateo per Copertura Morte**
Esempio n. 1
Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
PVita Lordo = 700,00
Costi % = 55,00%
H = 385,00 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %)
PVita = 315,00 Euro (pari a PVita Lordo * (1- Costi%))
Debito residuo =13.879,43 Euro
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di finanziamento = 5.000,00 Euro
N = 60 mesi
K = 20 mesi
Importo del premio da rimborsare= [315,00*((60-20)/60)*5.000,00/20.000,00] + [385,00*((60-20)/60)* 5.000,00/13.879,43] = 144,96 Euro

**********

Esempio n. 2
Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
PVita Lordo = 700,00
Costi % = 55,00%
H = 385,00 Euro (pari a (PVita Lordo * Costi %)
PVita = 315,00 Euro (pari a PVita Lordo * (1- Costi%))
Debito residuo =7.228,10 Euro
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di finanziamento = 2.000,00 Euro
N = 60 mesi
K = 40 mesi
Importo del premio da rimborsare= [315,00*((60-40)/60)*2.000,00/20.000,00] + [385,00*((60-40)/60)*2.000,00/7.228,10] = 46,01 Euro

**Rimborso rateo per le Coperture Danni**
Capitale Assicurato Iniziale = 20.000,00 Euro
PDanni Lordo = 702,00
Costi % = 55,00%
H = 376,45,00 Euro

PDanni = 684,45 Euro
Debito residuo =13.879,61 Euro
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del Contratto di finanziamento = 5.000,00 Euro
N = 60 mesi
K = 20 mesi
Rimborso del premio puro = [684,45*((60-20)/60)*5.000,00/20.000,00] + [376,45*((60-20)/60)* 5.000,00/13.879,61] = 141,74 Euro

## SEZIONE IV) BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI E DENUNCIA DEL SINISTRO

### ART. 10 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

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

**Per la Copertura Caso Morte, i beneficiari sono indicati nel Modulo di Adesione. Le eventuali revoche e modifiche della designazione e dell'eventuale nomina del referente terzo devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia.** Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita.

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

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

- **dopo che l'Assicurato ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto 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**.

### ART. 11 - DENUNCIA DI SINISTRO

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

La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata tempestivamente ai seguenti indirizzi:

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

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

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al 800 549330 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800 185 445 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 20:00.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.
La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o la documentazione atta ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente

necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.
**La Compagnia esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.**

### ART. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alla Compagnia L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art. 1915 C.C.

## SEZIONE V) FISCALITÀ, LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI

### ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da esse effettuate in forza del presente contratto.

### ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che le Coperture Assicurative possono cumularsi con altre assicurazioni prestate dalla Compagnia.

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

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

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

**La Contraente 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. 17 - LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile è quella italiana.

### ART. 18 - COMUNICAZIONI

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

### ART. 19 - CESSIONE DEI DIRITTI

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

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

La Compagnia rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

### ART. 21 - FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo della Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.
In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero

di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

### ART. 22 - CLAUSOLA LIBERATORIA

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

### ART. 23 - CONTROVERSIE

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale prestate dal presente Contratto di Assicurazione.
In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.
Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.
**Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali.**

### ART. 24 - PRESCRISIONE

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni per le polizze vita e di due anni per le polizze danni 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. 25 – CONFLITTO DI INTERESSI

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

## SEZIONE VI) ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

### *Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO*

### ART. 26 - PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia assicurativa 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 ai Beneficiari, fermo restando le limitazioni previste al successivo Art. 27"ESCLUSIONI, LIMITAZIONI E PERIODO DI CARENZA".
**La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie e non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".**

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

Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Contratto di Assicurazione oppure in caso di Invalidità Totale e Permanente nel corso della durata contrattuale che dia luogo al pagamento del sinistro, non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia 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" che precede.

## *Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA*

### ART. 27 – ESCLUSIONI, LIMITAZIONI E PERIODO DI CARENZA

**A) ESCLUSIONI**

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

- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **dolo dei Beneficiari;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;**
- **suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;**
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- **sinistri causati da uso o abuso di medicine in dosi non prescritte dal medico;**
- **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;**
- **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di**

**infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**

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

**B) CONDIZIONI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA RAPPORTO DI VISITA MEDICA**

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

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

## *Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO*

### ART. 28 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

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

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

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

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

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

**a. In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.veraprotezione.it)**
- la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

**b. In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.veraprotezione.it):**
- che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento

o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);

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

INOLTRE:

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

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

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

4. **DOCUMENTAZIONE MEDICA**:

i) **in caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata inferiore o uguale a Euro 20.000,00): certificato medico attestante la causa del decesso;**

ii) **In caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata superiore a Euro 20.000,01):**

**Occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante (fac simile disponibile sul sito www.veraprotezione.it)**, attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.

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

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

iii) **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 rilasciata dalla Procura 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 necessario contattare la Compagnia al seguente numero verde: 800 549330 attivo 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 apertesi dopo il 3/10/2006, ai sensi della legge di conversione del D. Lgs. n. 262/2006, è necessario produrre:

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

oppure

- la dichiarazione di esonero che potrà essere presentata unicamente dagli eredi in linea retta: nonni, genitori, coniuge e figli, con i seguenti limiti:

- per decessi fino al 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 25.822,84;
- per decessi dal 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 100.000,00.

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

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

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

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

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.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria.
Per data di ricevimento della richiesta si intende la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte della Compagnia.

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.

## SEZIONE VII) ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

### *Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO*

#### ART. 29 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Nel caso di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66% della totale, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 31 "INDENNIZZO" qualora:

- **l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace** ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA";
- **l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 24 mesi** dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;

- **la Compagnia abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni** per il pagamento a favore dell'Assicurato dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 31 "INDENNIZZO";
- **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui al successivo Art. 32 "ESCLUSIONI E LIMITAZIONI";
- **l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri** di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

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

## ART. 30 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Infortunio:
Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).
**Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente l'indennizzo corrisposto è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili, che siano conseguenza dell'infortunio ed indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.**
**In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.**
L'Indennità per l'Invalidità Permanente è dovuta se l'Invalidità stessa si manifesta – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'Infortunio.
Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente", il grado di Invalidità Permanente è stabilito in riferimento ai valori della "Tabella" stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Malattia:
La Compagnia corrisponde all'Assicurato la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

**Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.**
**Nel corso della durata contrattuale le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie**.
Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.
La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di denuncia della Malattia.
In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

## ART. 31 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari al debito residuo:

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

così come calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del Contratto di Finanziamento, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e spese accessorie.

Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'Infortunio o la data della diagnosi della Malattia che hanno provocato l'Invalidità Totale Permanente e la data di liquidazione del relativo Indennizzo, saranno rimborsati dalla Compagnia fino ad un massimo di 2 mesi di interessi. **Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente. L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 80.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".**

Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

Negli altri casi di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.
La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia all'Assicurato come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

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

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

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

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

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

## *Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA*

### ART. 32 – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

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

- **partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- **incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;**
- **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;**
- **partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;**
- **ubriachezza, infortuni causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;**
- **operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;**
- **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;**
- **infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o**

**Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**

- **malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;**
- **aborto volontario o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **connessione con l'uso o produzione di esplosivi;**
- **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;**
- **malattie tropicali;**
- **svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;**
- **nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Contratto di Assicurazione, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.**

## *Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO*

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

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

- **telefonando al Numero Verde 800 185 445 attivo 24 ore su 24, sette giorni su sette;**
- **facendo una denuncia scritta nelle modalità di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" a: Sinistri Vera Assicurazioni – via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona**

**entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.** L'Assicurato potrà compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro scaricabile dal sito internet www.veraassicurazioni.it.

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

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

## SEZIONE VIII) ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO

### *Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO*

#### ART. 34 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 35 "INDENNIZZO" qualora:

- **l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace** ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA";
- **il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30** giorni successivo alla Data di decorrenza;
- **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui al successivo Art. 36 "ESCLUSIONI E LIMITAZIONI";
- **l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri** di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere oppure, in caso di Assicurato non lavoratore, di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari famigliari, personali o domestici.
La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro è sottoposta **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni**. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa.

#### ART. 35 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.

**L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00 come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".**

Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

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

**I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza). Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia**

**Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.**
**Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.**

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

## *Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA*

### ART. 36 – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

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

- **Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;**
- **Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;**
- **Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;**
- **infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;**
- **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;**
- **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**
- **malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;**
- **Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;**

- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;**
- **le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;**
- **mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;**
- **nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.**

***Capitolo 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO***

## ART. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

**entro 60 giorni dall'infortunio o dall'inizio della malattia o da quando ne ha avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del C.C.. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..**

L'Assicurato potrà compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro scaricabile dal sito internet www.veraassicurazioni.it.

**La denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da:**

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- copia dell'eventuale certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia, su richiesta di quest'ultima).;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

**In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro**. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione**. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.**

### ART. 38 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale, **nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.**
**Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.**

## SEZIONE IX) ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO

### *Capitolo 1 - COSA È ASSICURATO*

### ART. 39 - PRESTAZIONI ASSICURATE

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

- **il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace** a sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA";
- **il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni** successivo alla Data di decorrenza;
- **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui al successivo Art. 41 "ESCLUSIONI E LIMITAZIONI";
- **l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri** di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

### ART. 40 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Ricovero e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento. **L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00 come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".**

Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un Contratto di Finanziamento Flessibile che preveda nelle Condizioni Generali, in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, la Variazione del Piano di ammortamento ("Posticipo del rimborso della rata" o "Modifica dell'importo della rata" del Finanziamento) ed usufruisca della stessa, le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguate automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

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

**I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza).**
**Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia assoluta pari a 5 giorni consecutivi di Ricovero**

**Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.**

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

## *Capitolo 2 - COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA*

### ART. 41 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

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

- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**
- **malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **dolo dell'Assicurato;**
- **aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;**
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili, avvelenamento del sangue anche se il germe**

**infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;**
- **interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;**
- **Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;**
- **cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;**
- **trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo;**
- **nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.**

*Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO*

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

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

**entro 60 giorni dal giorno di ricovero o da quando ne ha avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del C.C..** L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..
L'Assicurato potrà compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro scaricabile dal sito internet www.veraassicurazioni.it.
**La denuncia del ricovero deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da**:
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;
- Copia dell'eventuale certificato del Pronto Soccorso;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente alla Compagnia, su richiesta di quest'ultima).;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

**In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.** L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. **L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.**

## ART. 43 - DENUNCE SUCCESSIVE

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

## GLOSSARIO

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

- **Assicurato (o Aderente):** L'assicurato 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. Il contratto di assicurazione è stipulato sulla sua vita e le prestazioni previste dal contratto stesso sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
- **Banca:** Filiale della Banca del ***Gruppo Banco BPM,*** incaricata da Agos Ducato S.p.A., alla distribuzione della presente Polizza Collettiva, ai clienti che hanno richiesto un Contratto di Finanziamento alla Contraente;
- **Beneficiario:** Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata. Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Danni è l'Assicurato stesso. Beneficiari in caso di Decesso dell'Assicurato, è la persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione dallo stesso, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato;
- **Carenza:** periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24:00 del giorno di decorrenza delle Coperture Assicurative durante il quale la garanzia non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.
- **Compagnia:**
    - Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero): Vera Assicurazioni S.p.A. - Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in Via Carlo Ederle 45 37126 Verona – Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP N. 2388 del 9 novembre 2005 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01979370036.
    - Per la copertura morte: Vera Protezione S.p.A. - Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS N. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 05913510961.
- **Contraente:** AGOS DUCATO S.p.A. – 20100 Milano, Via Bernina 7, Società che stipula i contratti collettivi di assicurazione con la Compagnia, per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Assicurazione:** Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato. Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.
- **Contratto di Finanziamento:** il Contratto di Finanziamento - al quale si riferisce il Contratto di Assicurazione oggetto della presente polizza - con il quale la Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Contraente secondo un piano di ammortamento alla francese prestabilito al momento di erogazione del Finanziamento e di durata compresa tra 6 e 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento previsto dal Contratto di Finanziamento non può essere superiore a 3 mesi. In applicazione delle Condizioni Generali del Contratto di Finanziamento in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, la durata o l'importo delle rate del Finanziamento possono essere modificate; le prestazioni e la durata delle Coperture Assicurative verranno adeguati automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.

- **Copertura Assicurativa**: le garanzie assicurative concesse dalla Compagnia e subordinate al versamento di un Premio, a fronte del quale la Compagnia è obbligata al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.
- **Convenzione Assicurativa:** Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra la Compagnia e la Contraente.
- **Decorrenza:** Il contratto fra Compagnia e Contraente è efficace dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione. Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione ed abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto.
- **Decesso** Il decesso è la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni di polizza.
- **Debito residuo**: importo che residua in linea capitale, a favore della Contraente, relativamente al Contratto di Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento alla francese, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
- **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 delle Coperture Assicurative:** Intervallo di tempo compreso tra la Data indicata nel Modulo di Adesione o la data di erogazione del finanziamento, tenuto conto del periodo di carenza, e l'estinzione del finanziamento, durante il quale sono operanti le Garanzie.
- **Inabilità Temporanea Totale (ITT) da Infortunio o Malattia:**
  - **non Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della generica capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari famigliari, personali o domestici a seguito di infortunio o malattia;
  - **per Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Compagnia, in base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza, a seguito del verificarsi di un sinistro.
- **Infortunio** L'infortunio è un evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e indennizzabili a termini del Contratto di Assicurazione.
- **Intermediario**
  - Agos Ducato S.p.A., Contraente della Convenzione;
  - Filiale della Banca del ***Gruppo Banco BPM***. incaricata da Agos Ducato S.p.A. alla distribuzione della presente Polizza Collettiva, ai clienti che hanno richiesto un Contratto di Finanziamento alla Contraente;
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (IPT):** la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativa alla presente Copertura Assicurativa. La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi

sei mesi dalla data della denuncia della Malattia e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, e subentrata ad ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ai sensi del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135. L'IVASS svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo;
- **Lettera di Benvenuto:** Lettera inviata dalla Contraente all'Assicurato successivamente alla Decorrenza della Copertura Assicurativa.
- **Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
- **Margine di Solvibilità:** rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria della Compagnia; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dalla Compagnia nei confronti degli Assicurati.
- **Modulo di Adesione:** Il Modulo sottoscritto dall'Assicurato, mediante la quale avviene l'adesione alle presenti Coperture Assicurative.
- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.
- **Normale Attività Lavorativa:** Attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale oppure per Ricovero Ospedaliero, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dell'Inabilità Temporanea Totale, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa o recuperare la generica capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari famigliari, personali o domestici (per i Non Lavoratori) prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
- **Polizze:** le Polizze Collettive n. 3596 e n. 59.369, stipulate da AGOS DUCATO S.p.A., rispettivamente con Vera Assicurazioni S.p.A. e Vera Protezione S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Generali, cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
- **Premio:** le somme dovute alla Compagnia, a fronte delle coperture assicurative prestate. Il premio è unico, viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione e viene calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto in base alla durata del finanziamento.
- **Premio puro:** Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Compagnia con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione;
- **Rata Mensile** È la Rata Mensile del Contratto di Finanziamento come calcolata dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento alla francese rilasciato all'Assicurato. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero saranno determinati in ogni caso su base mensile.
- **Ricovero Ospedaliero:** la degenza ininterrotta e con pernottamento in un Istituto di Cura resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.
- **Set Informativo**: l'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente alla Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet della Compagnia, composto da:

  - DIP Danni
  - DIP Vita
  - DIP Aggiuntivo Multirischi
  - Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario
  - Modulo di Adesione.
- **Sinistro**: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
- **Variazione del piano di ammortamento del Finanziamento:** qualora previsto dalle Condizioni del Contratto di Finanziamento in vigore al momento dell'adesione alle Coperture Assicurative, l'Assicurato che ha pagato almeno 3 rate può esercitare le seguenti opzioni di modifica del piano di ammortamento del finanziamento, a decorrere dalla settima rata per un massimo di 3 volte in caso di Posticipo del rimborso della rata ovvero 6 volte in caso di Modifica dell'importo della rata. Devono intercorrere almeno 6 mesi tra una variazione e la successiva. La durata del piano di ammortamento non potrà superare i 120 mesi per finanziamenti fino a € 50.000,00:
  - **Posticipo del rimborso della rata**: Detta facoltà può essere esercitata una volta per ogni anno di vigenza del Contratto di Finanziamento, per un massimo di 3 volte nel corso di tutta la durata del Finanziamento, con ridefinizione del piano di ammortamento;
  - **Modifica dell'importo della rata:** Detta facoltà può essere esercitata una volta per ogni anno di vigenza del Contratto di Finanziamento per un massimo di 6 volte nel corso di tutta la durata del Finanziamento, con ridefinizione del piano di ammortamento.

**Vera Assicurazioni S.p.A.**
Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 63.500.000,00 i.v. C. F. e iscr. Reg. Impr. di VR n. 01979370036 - 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. 1.00151 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.
**www.veraassicurazioni.it**

**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**

VERA Assicurazioni
GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI

**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)**

**Mod. Danni 600800 4/2021**

La Società Vera Assicurazioni Spa, con sede in Verona, Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona, **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata agli interessati, anche tramite i contraenti/assicurati [1], cui i dati trattati si riferiscono, fornisce le seguenti informazioni.
In particolare, nel caso la comunicazione di dati personali relativi a terzi interessati venga effettuata da parte dei contraenti/assicurati sarà in capo a questi ultimi la responsabilità della suddetta comunicazione essendo tenuti, i medesimi contraenti/assicurati, ad informare e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento e alla comunicazione dei loro dati alla Società, per le finalità assicurative dell'interessato.

## DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi [2], se necessario le immagini, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari, se richiesto da una norma di legge, e dati relativi alla salute, qualora siano necessari per la corretta esecuzione del contratto o per dar seguito a prescrizioni impartite da disposizioni normative, relativi all'interessato o a terzi [3], sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali,

1. **per finalità assicurative del Titolare** e quindi per l'adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali correlati all'attività assicurativa, nonché per finalità strettamente connesse e strumentali e conseguenti all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, ivi inclusa l'attività liquidativa, riassicurativa e di coassicurazione, ovvero l'accesso a banche dati legittimamente accessibili (quali ad esempio quelle per la valutazione economico/finanziaria del cliente). I dati forniti potranno essere utilizzati per dare attuazione ad obblighi normativi (quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antiterrorismo, antifrode, e vigilanza assicurativa) a cui è soggetto il Titolare, oltre che per il perseguimento dei legittimi interessi del Titolare e/o di terzi soggetti (es. beneficiari, coobbligati, altre società del Gruppo, etc.), anche per la gestione di contenziosi e pre-contenziosi, in sede giudiziale, amministrativa, stragiudiziale, negoziale, etc..
2. **per finalità di *marketing* diretto nella modalità del "*soft spam*"** [4] effettuato sulla base di un legittimo interesse da parte del Titolare, così da far conoscere prodotti/servizi analoghi a quelli da Lei già acquistati con l'obiettivo di offrirLe la migliore offerta assicurativa, salvo opposizione [5] esercitabile dall'interessato.

## MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti autorizzati, anche in qualità di Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza.
I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.
I suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dal Titolare, in conformità della normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per finalità assicurative per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizionale previsto dalla normativa per la tutela dei

[1] se gli interessati risultano essere persone diverse (es. beneficiari), anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;
[2] quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, *e-mail*, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;
[3] quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative;
[4] invio di posta elettronica senza il previsto consenso per promuovere beni o servizi collegati e simili già venduti al cliente;
[5] cfr paragrafo "Diritti dell'interessato";

diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

**COMUNICAZIONE DEI DATI**

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

I dati possono essere conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica sulla base di un interesse legittimo a trasmettere dati personali a fini amministrativi interni.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

**TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE E GARANZIE**

Di regola, i dati personali trattati non vengono trasferiti in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In via eccezionale, con riferimento alle finalità sopra descritte, i dati potranno essere trasferiti, da parte del Titolare e di altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In ogni caso, il trasferimento dei dati personali avviene nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (ad esempio trasferimento in un Paese che fornisce garanzie adeguate di protezione dei dati ovvero adottando le clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione UE).

**DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, e-mail *dpo@cattolicaassicurazioni.it,* espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 Reg. UE.

L'interessato può avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo. Inoltre, ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento, la revoca del consenso laddove prestato facoltativamente o può opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo (Garante italiano per la protezione dei dati personali, https://www.garanteprivacy.it/).

**NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI**

Con riferimento ai dati conferiti per il trattamento di cui al punto 1 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento" si segnala che, sebbene il trattamento si basi, a seconda dei casi, su obblighi pre-contrattuali e contrattuali, o su obblighi normativi, viene richiesto esplicitamente il consenso dell'interessato con esclusivo riguardo al trattamento di dati particolari necessari all'instaurazione ed alla gestione del rapporto assicurativo ove richiesti, fermo restando che il mancato conferimento del consenso da parte dell'interessato, potrebbe comportare l'impossibilità per il Titolare di fornire i servizi assicurativi richiesti.

Per il trattamento di cui al punto 2 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento", "soft spam" fondato sul legittimo interesse del Titolare, è possibile esercitare, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al paragrafo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia.

**Il Titolare r.l.p.t.**

VERA Protezione
GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI

**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)**

**Mod.Vita 700800 4/2021**

La Società Vera Protezione Spa, con sede in Verona, Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona, **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata agli interessati, anche tramite i contraenti/assicurati [1], cui i dati trattati si riferiscono, fornisce le seguenti informazioni.
In particolare, nel caso la comunicazione di dati personali relativi a terzi interessati venga effettuata da parte dei contraenti/assicurati sarà in capo a questi ultimi la responsabilità della suddetta comunicazione essendo tenuti, i medesimi contraenti/assicurati, ad informare e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento e alla comunicazione dei loro dati alla Società, per le finalità assicurative dell'interessato.

**DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO**

I dati personali identificativi [2], se necessario le immagini, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari, se richiesto da una norma di legge, e dati relativi alla salute, qualora siano necessari per la corretta esecuzione del contratto o per dar seguito a prescrizioni impartite da disposizioni normative, relativi all'interessato o a terzi [3], sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali,

1. **per finalità assicurative del Titolare** e quindi per l'adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali correlati all'attività assicurativa, nonché per finalità strettamente connesse e strumentali e conseguenti all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, ivi inclusa l'attività liquidativa, riassicurativa e di coassicurazione, ovvero l'accesso a banche dati legittimamente accessibili (quali ad esempio quelle per la valutazione economico/finanziaria del cliente). I dati forniti potranno essere utilizzati per dare attuazione ad obblighi normativi (quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antiterrorismo, antifrode, e vigilanza assicurativa) a cui è soggetto il Titolare, oltre che per il perseguimento dei legittimi interessi del Titolare e/o di terzi soggetti (es. beneficiari, coobbligati, altre società del Gruppo, etc.), anche per la gestione di contenziosi e pre-contenziosi, in sede giudiziale, amministrativa, stragiudiziale, negoziale, etc..
2. **per finalità di *marketing* diretto nella modalità del "*soft spam*"** [4] effettuato sulla base di un legittimo interesse da parte del Titolare, così da far conoscere prodotti/servizi analoghi a quelli da Lei già acquistati con l'obiettivo di offrirLe la migliore offerta assicurativa, salvo opposizione [5] esercitabile dall'interessato.

**MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE**

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti autorizzati, anche in qualità di Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza.
I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.
I suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dal Titolare, in conformità della normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per finalità assicurative per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizionale previsto dalla normativa per la tutela dei

[1] se gli interessati risultano essere persone diverse (es. beneficiari), anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;
[2] quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, *e-mail*, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;
[3] quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative;
[4] invio di posta elettronica senza il previsto consenso per promuovere beni o servizi collegati e simili già venduti al cliente;
[5] cfr paragrafo "Diritti dell'interessato";

diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

**COMUNICAZIONE DEI DATI**

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

I dati possono essere conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica sulla base di un interesse legittimo a trasmettere dati personali a fini amministrativi interni.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

**TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE E GARANZIE**

Di regola, i dati personali trattati non vengono trasferiti in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In via eccezionale, con riferimento alle finalità sopra descritte, i dati potranno essere trasferiti, da parte del Titolare e di altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In ogni caso, il trasferimento dei dati personali avviene nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (ad esempio trasferimento in un Paese che fornisce garanzie adeguate di protezione dei dati ovvero adottando le clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione UE).

**DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, e-mail *dpo@cattolicaassicurazioni.it,* espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 Reg. UE.

L'interessato può avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo. Inoltre, ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento, la revoca del consenso laddove prestato facoltativamente o può opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo (Garante italiano per la protezione dei dati personali, https://www.garanteprivacy.it/).

**NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI**

Con riferimento ai dati conferiti per il trattamento di cui al punto 1 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento" si segnala che, sebbene il trattamento si basi, a seconda dei casi, su obblighi pre-contrattuali e contrattuali, o su obblighi normativi, viene richiesto esplicitamente il consenso dell'interessato con esclusivo riguardo al trattamento di dati particolari necessari all'instaurazione ed alla gestione del rapporto assicurativo ove richiesti, fermo restando che il mancato conferimento del consenso da parte dell'interessato, potrebbe comportare l'impossibilità per il Titolare di fornire i servizi assicurativi richiesti.

Per il trattamento di cui al punto 2 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento", "soft spam" fondato sul legittimo interesse del Titolare, è possibile esercitare, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al paragrafo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia.

**Il Titolare r.l.p.t.**

VERA Assicurazioni
GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI

VERA Protezione
GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI

**CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI PERSONALI – TARIFFA CPAL**
**COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE D ADESIONE FACOLTATIVA**
**POLIZZE COLLETTIVE n° 3596 Vera Assicurazioni S.p.A. – n° 59369 Vera Protezione S.p.A.**

**Finanziamento n°**……

Data di aggiornamento: 01/01/2022

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

**MODULO DI ADESIONE**

**ASSICURATO**

Cognome e nome: …… Codice Fiscale: ……

Comune di nascita:…… Data di nascita: …… Sesso: ……

Indirizzo: …….. C.a.p. – Città – Provincia: ……

Identificato con il seguente documento: ..…… Numero: ……

Rilasciato da: ……..…… Luogo: …… il: ……..……..…..

Professione: ……..…….…..… Attività economica: Gruppo/Ramo …… Sottogruppo ……... ….……

Email …….. numero telefonico ……

L'importo del premio è pari a € _____ ;
I costi totali a carico dell'assicurato sono pari a € _____ ; le provvigioni percepite dall'Intermediario sono pari a € _____ ovvero il 50% del premio imponibile in caso di durata del finanziamento fino a 120 mesi e il 45% del premio imponibile in caso di durata del finanziamento da 121 mesi fino a 180 mesi.

**BENEFICIARI**

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

BENEFICIARI COPERTURA CASO MORTE
L'Assicurato designa il/i seguente/i Beneficiario/i:

**AVVERTENZA:**
**La invitiamo a compilare dettagliatamente la sezione dedicata ai dati dei Beneficiari in forma nominativa; in mancanza l'Impresa di Assicurazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi.**
**Ricordiamo altresì che la modifica o la revoca dei Beneficiari deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione.**

☐ **Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale Nome

Data di nascita Sesso Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono E-mail

Indirizzo Località

CAP Provincia

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

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

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

FAC-SIMILE

☐ **Referente terzo:**

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

Cognome/Ragione sociale Nome

Data di nascita Sesso Luogo di nascita

Codice Fiscale/Partita IVA

Telefono E-mail

Indirizzo Località

CAP Provincia

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO_____

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

Il sottoscritto Assicurato dichiara:

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

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO_____

Il sottoscritto Assicurato:

- **prende atto** che Agos Ducato ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
  - a Vera protezione S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause,
  - a Vera Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
    - invalidità totale permanente da infortunio o malattia,
    - inabilità temporanea totale da infortunio o malattia,
    - ricovero ospedaliero da infortunio e malattia,

  in relazione ai Contratti di Finanziamento;
- **dichiara** di aderire alla Polizza Collettiva indicata che prevede il versamento di un premio unico anticipato calcolato secondo le modalità riportate nel Set Informativo. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Imprese e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- **dichiara di essere a** conoscenza che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione del finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del premio assicurativo e decorre dal giorno di erogazione del finanziamento e termina alla data di scadenza del finanziamento o al compimento del 76esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa, per somme assicurate superiori ai 20.000,00 Euro, è in ogni caso subordinata alla sottoscrizione del QUESTIONARIO SANITARIO;
- **dichiara di essere** consapevole che, qualora la somma assicurata sia superiore a 20.000,00 Euro ed abbia pertanto sottoscritto il Questionario Sanitario, la percentuale di invalidità riconosciuta in sede di valutazione del sinistro sarà determinata detraendo i punti di invalidità imputabili ad eventi antecedenti la sottoscrizione della polizza, come meglio riportato all'Art.30 CRITERI DI INDENNIZZABILITA' delle Condizioni di Assicurazione;
- **dichiara** di essere a conoscenza dei requisiti di assicurabilità riportati all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ;
- **prende atto** di poter recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. Il premio pagato, al netto delle eventuali imposte, sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.
- **Dichiara** di voler ricevere e 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) in modalità (indicare il supporto durevole):
  - Cartaceo
  - Email
- **Qualora il contratto venga sottoscritto con firma elettronica avanzata, sarà redatto in un unico esemplare. L'Assicurato prende atto che in tal caso la trasmissione di copia dello stesso avrà luogo all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, fatta salva la facoltà dell'Assicurato di richiedere e ottenere copia cartacea della documentazione stessa.**

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO_____

**Resta inteso che l'assicurato può in ogni momento modificare la propria scelta relativa alle modalità di invio della documentazione contrattuale.**

**DICHIARAZIONI SPECIFICHE**:

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione:

Art. 28, 33, 37, 42: "Denuncia del sinistro ed obblighi relativi"

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO_____

FAC-SIMILE

**ADEGUATA VERIFICA**

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

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

- ***il beneficiario fa parte del proprio nucleo familiare o è convivente o ha rapporti d'affari con il sottoscritto;***
- ***di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, confermando di essere il titolare effettivo dell'operazione.***

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO_____

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

DATA _____ AGOS DUCATO

_____

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

**AVVERTENZE:**

**a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per l'adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;**

**b) prima della sottoscrizione del Questionario Medico, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario;**

**c) l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

**PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RIFERITA ALL'ASSICURATO VERSO VERA ASSICURAZIONI S.p.A. – VERA PROTEZIONE S.p.A**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e ricevuto da VERA ASSICURAZIONI S.p.A il mod. 600800 04/2021 e da VERA PROTEZIONE S.p.A il mod. 700800 04/2021, quale informativa in materia di protezione dei dati personali, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati ai Titolari e riferiti a terzi, con riferimento:

al trattamento dei dati personali e particolari anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa (quali indicate nell'Informativa al punto 1 del paragrafo Dati e finalità del trattamento), ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, da parte dei Contitolari e di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso;

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

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO_____

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

Presa visione dell'Informativa in materia di protezione dei dati personali messa a disposizione da AGOS DUCATO SPA e allegata al contratto di Finanziamento, con riferimento:

al trattamento dei miei dati personali, ivi compresi i dati sulla salute, per le Finalità Funzionali alla Stipula della Copertura Assicurativa ivi indicate, e consapevole che il trattamento dei miei dati è necessario per dette finalità, qualora abbia richiesto di ottenere una copertura assicurativa, acconsento a tale trattamento.

DATA_____ FIRMA DELL'ASSICURATO_____

FAC-SIMILE

**INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS N° 231 DEL 2 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. E AL REGOLAMENTO IVASS 44 DEL 12.02.19**

**TITOLARE EFFETTIVO**

**Art 2 comma 1 lett. vv) Regolamento IVASS n° 44 del 12.02.19 (Titolare Effettivo)**

"i. la persona fisica o le persone fisiche per conto delle quali il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione (in breve, "titolare effettivo sub 1");

ii. nel caso in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione siano soggetti diversi da una persona fisica, la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o

indirettamente la proprietà di tali soggetti ovvero il relativo controllo (in breve, "titolare effettivo sub 2");

iii. la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà ovvero il relativo controllo del soggetto, diverso da una persona fisica,

- che ha diritto di percepire la prestazione assicurativa, sulla base della designazione effettuata dal contraente o dall'assicurato, o
- a favore del quale viene effettuato il pagamento, su eventuale disposizione del beneficiario designato (in breve, "titolare effettivo sub 3");

i criteri di cui agli articoli 20 e 22, comma 5, del decreto antiriciclaggio, in quanto compatibili, si applicano per individuare il titolare effettivo anche nei casi in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o effettua

un'operazione oppure il beneficiario siano i. società, anche di persone, ii. altri soggetti giuridici privati, anche se con sede all'estero, iii. trust espressi, indipendentemente dal relativo luogo di istituzione e dalla legge ad essi applicabile;"

**Art 56 Regolamento IVASS n° 44 del 12.02.19 (Contratto per conto altrui)**

"Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo."

**QUESTIONARIO SANITARIO**

**Il presente Questionario può essere sottoscritto solo per importi da Euro 20.000,01 a Euro 80.000,00 e Assicurati che al momento dell'adesione non hanno ancora compiuto i 70 anni di età ed è da ritenersi valido a condizione che la copertura abbia decorrenza entro 180 gg. dalla sottoscrizione dello stesso.**
**Il sottoscritto è consapevole che, qualora intervengano nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute tra il momento della sottoscrizione del presente Questionario e la data di decorrenza delle coperture assicurative, dovrà darne sollecita comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.**

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

| 1. **Negli ultimi 10 anni, le è mai stata diagnosticata o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure per una malattia acuta o cronica tra quelle indicate sotto?** | |
|---|---|
| • Malattie del cervello: Ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma dei vasi arteriosi cerebrali | ☐Sì ☐No |
| • Malattie del sistema nervoso: Sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, malattie demielinizzanti, distrofie muscolari, paresi, plegia, spina bifida, morbo di Parkinson, epilessia (resistente alla terapia con almeno 2 farmaci antiepilettici), morbo di Alzheimer | ☐Sì ☐No |
| • Malattie cardiovascolari: Ischemia miocardica (insufficienza delle coronarie), infarto miocardico, difetti delle valvole cardiache, ipertensione non controllata dalla terapia o cardiopatia ipertensiva, aneurismi dei vasi arteriosi. | ☐Sì ☐No |
| • Malattie oncologiche: Tumori maligni, leucemia, linfomi. | ☐Sì ☐No |
| • Malattie metaboliche: Diabete mellito di tipo 1 o 2 | ☐Sì ☐No |
| • Malattie immunologiche: infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili | ☐Sì ☐No |
| • Malattie dell'apparato respiratorio: Bronchite cronica ostruttiva (BPCO) in trattamento continuativo combinato con 2 o più farmaci; enfisema polmonare, asma in trattamento continuativo combinato con 2 o più farmaci; insufficienza respiratoria | ☐Sì ☐No |
| • Malattie gastroenterologiche: Cirrosi epatica, colite ulcerosa o morbo di Crohn | ☐Sì ☐No |
| • Malattie dell'apparato urinario: Nefriti, insufficienza renale cronica in dialisi | ☐Sì ☐No |
| • Trapianti: Trapianto d'organo (tranne trapianto di cornea) | ☐Sì ☐No |
| • Malattie reumatiche autoimmuni: Lupus eritematoso sistemico, connettiviti, vasculiti, artrite reumatoide (malattia infiammatoria cronica, da non confondere con l'artrosi) | ☐Sì ☐No |

FAC-SIMILE

| | | |
|---|---|---|
| **2.** | **Le è mai stata riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS una Invalidità Permanente da malattia o infortunio pari o superiore al 20% oppure riceve una pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla oppure ha subito infortuni i cui postumi invalidanti sono tutt'ora in cura o in corso di accertamento?** | ☐Sì ☐No |
| 3. | **Negli ultimi 5 anni, è mai stato ricoverato/a o è stata in cura per dipendenza da alcool o da sostanze stupefacenti?** | ☐Sì ☐No |

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

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO_____

AC-SIMILE

**Vera Assicurazioni S.p.A.**
Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 63.500.000,00 i.v. C. F. e iscr. Reg. Impr. di VR n. 01979370036 - 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. 1.00151 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.
**www.veraassicurazioni.it**

**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**