

**CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE
ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING)
E/O CARTA DI CREDITO
TARIFFA CPAC**

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

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

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

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

Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza collettiva ad adesione facoltativa che assicura il rischio di Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento all'adesione alla polizza collettiva che copre il rischio Morte prestata da Vera Protezione S.p.A..



Che cosa è assicurato?

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

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia**
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio o Malattia, è previsto il pagamento in unica soluzione all'Assicurato della somma assicurata, pari al saldo del Conto revolving e/o della Carta di Credito al momento del sinistro, al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
- ✓ **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 all'ammontare della rata mensile, comprensiva di capitale e interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.

La massima somma assicurabile è pari a:

- in caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia: Euro 5.000,00 per Assicurato e per Sinistro, qualunque sia il numero di Conti Revolving e/o Carte di Credito in essere tra l'Assicurato ed Agos Ducato S.p.A. alla data del sinistro;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: l'indennizzo sarà massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per l'intera durata del Contratto. L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo in linea capitale del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo in linea capitale della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro.]



Che cosa non è assicurato?

Le persone fisiche che:

- ✗ non siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- ✗ non abbiano un'età compresa tra 18 e i 65 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.]



Ci sono limiti di copertura?

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia:

- ! 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 al lavoro da Infortunio o Malattia

- ! infortuni o malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere e volere;
- ! infortuni causati da 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.



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.

Nel corso del contratto

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

In caso di sinistro

L'Assicurato deve:

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



Quando e come devo pagare?

Il premio viene corrisposto in rate mensili dall'Assicurato per il tramite di Agos Ducato S.p.A.

Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso mensile.]



Quando comincia la copertura e quando finisce?

In caso di adesione alla polizza contestualmente alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione al Conto Revolving e/o Carta di Credito, la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno di primo utilizzo della Carta Revolving e/o della Carta di Credito.

In caso di adesione successiva, la copertura decorre dalle ore 24:00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato.

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

La copertura rimane in vigore finchè la linea di Credito Revolving è attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.

In ogni caso le coperture cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, Decesso dell'Assicurato, disdetta del Contratto di apertura di Credito Revolving, sospensione del pagamento dei premi.]



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può:

- recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza;
- sospendere il pagamento dei premi; in questo modo la copertura assicurativa si risolverà dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento.]

Nei casi sopra indicati, l'Assicurato può recarsi presso la filiale di Agos Ducato S.p.A. ove è stata accesa la copertura assicurativa oppure inviare apposita comunicazione all'Impresa di Assicurazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.



Assicurazione Temporanea caso morte a capitale decrescente

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

Vera Protezione S.p.A.

Prodotto: CPI REVOLVING – CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA
DI CREDITO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO– TARIFFA CPAC

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

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- ✓ Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato: in caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata della Copertura Assicurativa, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato pari al saldo del Conto Revolving o al saldo della Carta di Credito alla data del Decesso. Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie
- ✓ Capitale Assicurato: il capitale assicurato non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00, per Assicurato e per Sinistro per il Conto Revolving e/o le Carte di Credito (che corrisponde anche al debito residuo massimo considerato come base di determinazione della rata di rimborso mensile) e qualunque sia il numero dei Conti Revolving e/o delle Carte di Credito di cui l'Assicurato è titolare.
- ✓ In caso di Contratti di Apertura di Credito Revolving concessi per un importo superiore al massimale sopraportato l'indennizzo sarà liquidato proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Sinistro.
- ✓ 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.



Ci sono limiti di copertura?

- ! E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:
- ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ! incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del

paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
 ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
 ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
 ! contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
 ! dolo dei Beneficiari;
 ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
 ! infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
 ! suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
 ! sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
 ! sinistri che siano causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
 ! sinistri causati da uso o abuso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
 ! stato di ubriachezza/ebbrezza;
 ! qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello
 ! stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 ! in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
 ! decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
 ! decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.



Dove vale la copertura?

✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che il Contraente e/o i Beneficiari consegnino all'Impresa di Assicurazione la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo.
- L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Adesione.
- La Contraente – in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento – provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e a fornire ai clienti copia del Set Informativo.
- Deve essere resa pronta comunicazione all'Impresa nei casi di:
 - trasferimento di domicilio del Contraente e dell'Assicurato in uno stato estero;
 - variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alle Imprese di Assicurazione di premi mensili, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato.
- Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo dei premi mensili corrisposti alle Imprese di Assicurazione.
- Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso mensile.
- L'importo del premio per la Copertura Morte viene determinato moltiplicando il tasso per l'importo del debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- In caso di sottoscrizione del Modulo di Adesione contestuale alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di richiesta del Conto Revolving e/o della Carta di Credito, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di adesione successiva, il Programma Assicurativo

decorre dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione.

- Nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso, il Programma Assicurativo decorre 30 giorni prima della scadenza della prima rata di rimborso del Conto Revolving e/o della Carta di Credito.
- Il Programma Assicurativo rimane in vigore a condizione che la linea di Credito Revolving sia attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.
- Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
 - in caso di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving;
 - in caso di sospensione pagamento premi, dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento;
 - decesso dell'Assicurato;
 - accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
 - annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- Il Contraente e l'Assicurato devono avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.



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

- L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving.
In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:
Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.
Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

Assicurazione Caso Morte, Infortuni, Malattia

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

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

Prodotto: **CPI REVOLVING – CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO– TARIFFA CPAC**

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

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

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

Imprese:

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

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

Numero di telefono: 045 8 391 111 – sito internet: www.veraprotezione.it.

Indirizzo di posta elettronica:

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

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

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

Numero di telefono: 045 8 391 11– sito internet: www.veraassicurazioni.it.

Indirizzo di posta elettronica:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

Ramo Vita:

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

Rami Danni:

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

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.

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

- Infortuni: Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr.1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).
- Malattia: L'Impresa di Assicurazione corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata per la quale l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi nel periodo di validità della copertura assicurativa.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita:

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

Rami Danni:

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni.

<p><i>Invalidità Totale Permanente da Infortuni e Malattia</i></p>	<p><i>Esclusioni</i></p>	<p>Sono esclusi dalla Copertura Assicurativa i casi di Invalidità Permanente causata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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; ! 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; ! 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 prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio che ha causato l'invalidità Permanente Totale.
--------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> ! partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari; ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); ! infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili; ! aborto spontaneo 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; <p>nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla presente Polizza.</p>
Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia	Esclusioni	<p>Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni ; ! 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 prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed l'infortunio; ! Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; ! Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); ! infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili; ! le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni; <p>nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dalla presente Polizza.</p>
	Franchigia	<p>60 giorni</p> <p>Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.</p>
RINUNCIA ALLA RIVALSA		<p>L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente Contratto di Assicurazione.</p>



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Denuncia di sinistro:

Ramo Vita:

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

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono contattare l'Impresa di Assicurazione al Numero Verde 800 549330 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 all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:

1. **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono pervenire all'Impresa di Assicurazione:
 - via email all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it;
 - 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 l'Impresa di Assicurazione ed i Beneficiari si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.
 - **MODALITÀ DI PAGAMENTO:** occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
 - **DOCUMENTO D'IDENTITÀ:** copia di un valido documento di identità;
 - **CODICE FISCALE:** copia del codice fiscale;
 - **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
 - **P.E.P.:** occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
 - **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare il legame di parentela con il Contraente di polizza nel caso in cui non ci sia coincidenza del beneficiario con lo stesso.
2. **CERTIFICATO DI MORTE** rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.
3. **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO**
Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: **"Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:"**
 - a. **In caso di assenza di testamento**
 - la non esistenza di disposizioni testamentarie;
 - nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.
 - b. **In caso di esistenza di testamento :**
 - che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
 - occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

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

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

 - nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;
 - qualora fra gli eredi vi fossero "nipoti"/"pronipoti", specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.
4. **DOCUMENTAZIONE MEDICA**
 - I. **In caso di MORTE NATURALE:** certificato medico attestante la causa del decesso;
 - II. **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio - oltre all'eventuale**

Cosa fare in caso di sinistro

documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'Impresa di Assicurazione stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è possibile contattare il Numero Verde 800 549330 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.

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

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

- richiesta di liquidazione sottoscritta dal tutore (esecutore) completa delle modalità di pagamento;
- copia del Decreto del Giudice Tutelare (ricorso e relativa autorizzazione) che autorizzi il tutore (esecutore) in nome e per conto dei minori/interdetti/incapaci a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato (per importi entro euro 2.500,00 sarà possibile compilare e sottoscrivere una manleva – un fac-simile è presente sul sito www.veraprotezione.it nella sezione "moduli" -;
- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del tutore (esecutore);
- indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del tutore (esecutore);
- autorizzazione al trattamento dei dati personali da parte del tutore (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

PRESENZA DI UN PROCURATORE: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

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

BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

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

BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

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

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

- la denuncia di successione o relativa integrazione, riportante a titolo di credito l'importo rinveniente dalla liquidazione della polizza;
- oppure
- la dichiarazione di esonero che potrà essere presentata unicamente dagli eredi in linea retta : nonni, genitori, coniuge e figli, con i seguenti limiti:
 - per decessi fino al 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 25.822,84;
 - per decessi dal 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 100.000,00.

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

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

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

Rami danni:

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

- Sinistri Vera Assicurazioni c/o Centro Processi Assicurativi S.r.l. Via De Marini, 53 c/o Torre Shipping (Tredicesimo piano) – 16149 Genova (GE)
- oppure potete contattare il Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30.

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

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

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

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

- documentazione medica/cartelle cliniche, relativi all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- evidenza della situazione del debito residuo in capo all'Assicurato alla data del sinistro dello stesso comunicata dalla Contraente tramite il quale è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione).

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 attestante l'importo della rata del Contratto di Apertura di Credito Revolving (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione);
- 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).

Prescrizione:

Ramo Vita:

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

Rami Danni:

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

	derivanti dal presente Contratto di Assicurazione
	Liquidazione della prestazione: Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.
	Gestione da parte di altre imprese: Non previsto
	Assistenza diretta/in convenzione: Non previsto
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione possono comportare la perdita totale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni
Sospensione	<p>In caso di sospensione del pagamento dei premi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non è più possibile riattivare le Coperture Assicurative; - le Coperture Assicurative si risolvono dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento del premio ed i premi pagati restano acquisiti dalle Imprese di Assicurazione; - non è prevista alcuna prestazione a carico delle Imprese di Assicurazione. <p>In caso di sospensione del pagamento del premio in assenza del debito residuo, le Coperture Assicurative non perdono efficacia.</p>



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

Revoca	<p>Ramo Vita: Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p> <p>Rami Danni: Le presenti Coperture Assicurative non prevedono l'esercizio della Revoca dell'Adesione in considerazione delle modalità di conclusione del Contratto.</p>
Recesso	Qualora l'Assicurato eserciti il diritto di recesso secondo le modalità previste, l'eventuale Premio pagato per le Coperture Assicurative, al netto delle eventuali imposte, verrà rimborsato all'Assicurato per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.
Risoluzione	<p>Ramo Vita: Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p> <p>Rami Danni: Le Coperture Assicurative si risolvono dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento del premio.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle Coperture Assicurative risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- che abbiano stipulato un Contratto di Apertura di Credito Revolving con la Contraente.



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	56%	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
89,29%

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	56%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato su ciascun premio mensile 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 ti riportiamo la quota parte del costo percentuale sopra riportato percepita in media dall'Intermediario:

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
89,29%

<p>Per tutti i rami:</p> <p>– Costi dei PPI Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.</p>

 <p>Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</p>	
<p>Valori di riscatto e riduzione</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.</p>
<p>Richiesta di informazioni</p>	<p>La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto.</p>

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alle Imprese di Assicurazione: Vera Protezione S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - indirizzo e mail reclami@veraprotezione.it.</p> <p>Vera Protezione S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - telefax 045 8372904; indirizzo email reclami@veraprotezione.it.</p> <p>Vera Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - telefax 045 8372903 - indirizzo mail: reclami@veraassicurazioni.it.</p> <p><i>I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati alle Imprese di Assicurazione, saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.</i></p>
<p>All'IVASS</p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

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

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

REGIME FISCALE

<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p><u>Ramo Vita:</u> <u>Imposta sui premi</u> I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.</p> <p><u>Detraibilità fiscale dei premi</u> Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.</p> <p><u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme corrisposte dall'Impresa in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.</p> <p><u>Rami Danni:</u> <u>Imposte sui premi</u> Il premio di Assicurazione è soggetto ad un'imposta pari al 2,50% del premio imponibile.</p> <p><u>Disciplina dei premi e delle somme assicurate</u> 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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana; • eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.
------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

**CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE
ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING)
E/O CARTA DI CREDITO
TARIFFA CPAC**

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

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

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

Edizione aggiornata al 09/05/2019

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 3450 stipulata tra AGOS DUCATO S.P.A. e Vera Assicurazioni S.P.A. e della Polizza Collettiva n° 59.364 stipulata tra AGOS DUCATO S.p.A. e Vera Protezione S.p.A. sono depositati presso le sedi di tutte le Società anzidette.

ART. 1 - GARANZIE

Il presente Programma Assicurativo, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra AGOS DUCATO S.p.A. e le Imprese di Assicurazione, comprende le garanzie:

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

Gli obblighi delle Imprese di Assicurazione risultano esclusivamente dalle Polizze collettive, dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dal Modulo di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Imprese di Assicurazione stesse. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

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

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

ART. 2 - PRESTAZIONI

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti prestazioni:

- Morte: l'Indennizzo è pari al debito residuo in linea capitale - al netto di eventuali rate insolte, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del decesso dell'Assicurato;
- Invalidità Totale Permanente: l'Indennizzo è pari al debito residuo in linea capitale - al netto di eventuali rate insolte, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - del Conto Revolving e/o Carta di Credito 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 competente diagnosi della Malattia. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data di accadimento dell'infortunio oppure, in caso di malattia, tra la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.
- Inabilità Temporanea Totale: per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o Carta di Credito al momento del sinistro. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale opererà un periodo di franchigia di 60 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.

ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

1. residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
2. che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
3. di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle Coperture Assicurative risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;

4. che abbiano stipulato un Contratto di Apertura di Credito Revolving con la Contraente. L'importo massimo assicurabile è riportato all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue.

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

ART. 4 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione possono comportare la perdita totale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione è da ritenersi confermata purché il primo utilizzo del Conto Revolving e/o Carta di Credito avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se la data di primo utilizzo fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

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

ART. 5 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

In caso di sottoscrizione del Modulo di Adesione contestuale alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di richiesta del Conto Revolving e/o della Carta di Credito, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di adesione successiva, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione. Nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso, il Programma Assicurativo decorre 30 giorni prima della scadenza della prima rata di rimborso del Conto Revolving e/o della Carta di Credito.

Il perfezionamento dell'adesione e la conseguente costituzione del rapporto assicurativo sono subordinati, secondo quanto disposto dall'art. 23 del D. Lgs. 231/2007, all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela da compiersi attraverso il modulo predisposto a tale scopo.

La decorrenza del Programma Assicurativo è comunicata alle Imprese di Assicurazione dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative, all'Assicurato una **Lettera di Benvenuto** nella quale vengono riportati:

- la data di decorrenza;
- l'importo del premio versato;
- i termini e le modalità per l'esercizio del diritto di recesso;
- il riepilogo delle caratteristiche delle Coperture Assicurative sottoscritte.

Il Programma Assicurativo rimane in vigore a condizione che la linea di Credito Revolving sia attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- in caso di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving;
- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Programma Assicurativo, da parte dell'Assicurato;
- in caso di sospensione pagamento premi, dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento;
- decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;

- annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

In caso di cessazione delle Coperture Assicurative Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale 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.

ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving.

In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, ai seguenti indirizzi:

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

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

DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

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

Si rimanda all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" per maggiori dettagli.

ART. 7 - LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Contratto di Apertura di Credito Revolving alla data del Sinistro. Per il Conto Revolving il debito residuo corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito il debito residuo corrisponde al saldo della Carta di Credito.

Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie –.

In caso di Decesso dell'Assicurato o Invalidità Totale e Permanente l'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00, per Assicurato e per Sinistro per il Conto Revolving e/o le Carte di Credito (che corrisponde anche al debito residuo massimo considerato come base di determinazione della rata di rimborso mensile) e qualunque sia il numero dei Conti Revolving e/o delle Carte di Credito di cui l'Assicurato è titolare. Pertanto l'Indennizzo sarà pagato nel limite del massimale di cui sopra da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Apertura di Credito Revolving assicurati, che siano in essere tra l'Assicurato e la Contraente, alla data del Sinistro.

In caso di Contratti di Apertura di Credito Revolving concessi per un importo superiore al massimale soprariportato l'indennizzo sarà liquidato proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Sinistro.

In caso di Inabilità Temporanea Totale l'Indennizzo non può eccedere 12 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata della Copertura per più sinistri.

L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo in linea capitale del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo in linea capitale della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro.

ART. 8 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alle Imprese di Assicurazione di premi mensili, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo dei premi mensili corrisposti alle Imprese di Assicurazione. Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso mensile.

L'importo totale del premio mensile è pari alla somma del premio per la Copertura Morte e del premio per le Coperture Danni e viene determinato moltiplicando il tasso per l'importo del debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile. Di seguito i tassi di premio suddivisi per garanzia:

	CARTA DI CREDITO/ CONTO REVOLVING
COPERTURA MORTE	0,33%
COPERTURE DANNI (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale)*	0,07%

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

L'importo del primo premio da corrispondere risulta dal Modulo di richiesta del Contratto di Apertura di Credito Revolving a cui il Programma Assicurativo si riferisce.

SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

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

In caso di sospensione del pagamento dei premi:

- non è più possibile riattivare le Coperture Assicurative;
- le Coperture Assicurative si risolvono dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento del premio ed i premi pagati restano acquisiti dalle Imprese di Assicurazione;
- non è prevista alcuna prestazione a carico delle Imprese di Assicurazione.

In caso di sospensione del pagamento del premio in assenza del debito residuo, le Coperture Assicurative non perdono efficacia.

ART. 9 – DISDETTA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO REVOLVING

In caso di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving il Programma Assicurativo viene risolto dalla data di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving.

I premi mensili pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

L'Assicurato non dovrà più corrispondere i successivi premi.

La Contraente dovrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione della disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving.

ART. 10 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

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

Per la Copertura Caso Morte, la designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche e modifiche di essa e dell'eventuale referente terzo devono essere comunicate per iscritto all'Impresa di Assicurazione. Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento

dell'Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita. Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme, relative a tali polizze, fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

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

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

ART. 11 - DENUNCIA DI SINISTRO

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

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

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

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

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 549330 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800 893 495 dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 17:30.

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

Le Imprese di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Apertura di Credito Revolving. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Imprese di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultime.

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

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

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

ART. 13 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che il Programma Assicurativo può cumularsi con altre assicurazioni prestate dalle Imprese di Assicurazione.

ART. 15 - IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

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

ART. 16 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Apertura di Credito Revolving - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e, se richiesto, a fornire ai clienti copia del Set Informativo. Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà. La Contraente terrà indenni e manlevate le Imprese di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della stessa.

ART. 17 - LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile è quella italiana.

ART. 18 - COMUNICAZIONI

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

ART. 19 - CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 21 - FORO COMPETENTE

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

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

ART. 22 - CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 23 - CONTROVERSIE

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

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

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

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

ART. 24 - TERMINI DI DECADENZA

Ogni diritto nei confronti delle Imprese di Assicurazione si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C. Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Imprese di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 25 – CONFLITTO DI INTERESSI.

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet www.veraassicurazioni.it.

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

SEZIONE A - ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE**ART. 26 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

Il presente Programma Assicurativo prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore del Programma Assicurativo e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata ai Beneficiari, fermo restando le limitazioni previste al successivo Art. 27 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del decesso e non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO". Per il Conto Revolving il debito residuo corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito il debito residuo corrisponde al saldo della Carta di Credito alla data del Decesso. Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie –.

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

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione ai Beneficiari come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 27 - ESCLUSIONI

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

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dei Beneficiari;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;

- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- sinistri causati da uso o abuso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.

ART. 28 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800 549330 (dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30) o all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it.

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

Per data di ricevimento della richiesta si intende la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte dell'Impresa.

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

- 1. Richiesta di liquidazione;**
- 2. Certificato di morte;**
- 3. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;**
- 4. Documentazione medica;**
- 5. evidenza della situazione del debito residuo in capo all'Assicurato alla data del decesso comunicata dall'Intermediario tramite il quale è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving. (tale documento sarà fornito dall'Intermediario tramite il quale è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving su richiesta diretta dell'Impresa di Assicurazione);**

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

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

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

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

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

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

3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO

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

a. **In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.veraprotezione.it)**

- la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

b. **In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.veraprotezione.it):**

- che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
- Occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

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

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

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

4. DOCUMENTAZIONE MEDICA:

- i) **in caso di MORTE NATURALE:** certificato medico attestante la causa del decesso;
- ii) **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio** - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'impresa di Assicurazione stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare l'Impresa di Assicurazione al seguente numero verde: 800 549330 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.

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

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

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal tutore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia del Decreto del Giudice Tutelare** (ricorso e relativa autorizzazione) che autorizzi il tutore (esecutore) in nome e per conto dei minori/interdetti/incapaci a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato (per importi entro euro 2.500,00 sarà possibile compilare e sottoscrivere una manleva – un fac-simile è presente sul sito www.veraprotezione.it nella sezione "moduli" -;
- copia di un **valido documento di identità e del codice fiscale del tutore (esecutore)**;
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del tutore (esecutore)**;
- **autorizzazione al trattamento dei dati personali** da parte del tutore (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

PRESENZA DI UN PROCURATORE: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

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

BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

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

BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

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

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

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

oppure

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

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

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

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

SEZIONE B - ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 29 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66% del totale, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA";
- l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 24 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
- l'Impresa di Assicurazione abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 31 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 32 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

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

ART. 30 CRITERI PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO

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).

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

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

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

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

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

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

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

Malattia:

L'Impresa di Assicurazione corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di denuncia della Malattia.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

ART. 31 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che l'Impresa di Assicurazione è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari al debito residuo del Contratto Conto Revolving e/o Carta di Credito:

- nel caso di Infortunio, alla data di accadimento dell'infortunio che ha generato l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio,
- nel caso di Malattia, alla data della competente diagnosi della Malattia che ha determinato l'Invalidità Totale Permanente da Malattia.

Per il Conto Revolving il debito residuo corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito il debito residuo corrisponde al saldo della Carta di Credito alla data del Sinistro.

Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolte, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie -.

Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'Infortunio o la data della diagnosi della Malattia che hanno provocato l'Invalidità Totale Permanente e la data di liquidazione del relativo Indennizzo, saranno rimborsati dall'Impresa di Assicurazione fino ad un massimo di 2 mesi di interessi.

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Sinistro e per Assicurato per il Conto Revolving e/o le Carte di Credito, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

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

Diritto all'indennizzo per invalidità totale permanente in caso di morte

In caso di decesso dell'Assicurato prima che l'indennizzo da Invalidità Totale Permanente sia stato pagato, l'Impresa di Assicurazione, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

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

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

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

ART. 32 - ESCLUSIONI

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

- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, infortuni causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni ;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio che ha causato l'invalidità Permanente Totale.
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- aborto spontaneo 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 Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART. 33 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

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

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- evidenza della situazione del debito residuo in capo all'Assicurato alla data del sinistro dello stesso comunicata dalla Contraente tramite il quale è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione) ;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

SEZIONE C - ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 34 - OGGETTO DELLA COPERTURA

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

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

ART. 35 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che l'Impresa di Assicurazione è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata mensile prevista del Conto Revolving e/o Carta di Credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente.

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.

L'Indennizzo non può eccedere 12 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata della copertura per più sinistri. L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo in linea capitale del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo in linea capitale della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

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

ART. 36 - ESCLUSIONI

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

- 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 prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed l'infortunio;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART. 37 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

- telefonando 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: 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 ai sensi dell'art. 1913 del C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

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

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Apertura di Credito Revolving (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione);
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

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

ART. 38 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riquilificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dall'Impresa di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.

GLOSSARIO

CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO

Assicurato

Il soggetto persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti e i 65 anni compiuti che ha stipulato un Contratto di Prestito Personale (Contratto di Apertura di Credito Revolving) e che ha aderito facoltativamente al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposita Modulo di Adesione e pagando i premi mensili.

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 durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, le Imprese di Assicurazione non corrispondono la prestazione assicurata.

Contraente

AGOS DUCATO S.p.A. - 20100 Milano, Via Bernina 7, Società presso la quale è stato richiesto il Contratto di Apertura di Credito Revolving e che stipula i contratti collettivi di assicurazione con le Imprese di Assicurazione, per conto degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale le Imprese di Assicurazione, a fronte del pagamento di un premio, si impegnano a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato. Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

Contratto di Apertura di Credito Revolving

- Carta di Credito: forma di finanziamento a cui è associata una linea di credito utilizzabile in un'unica o in più soluzioni. Chi la utilizza si impegna a restituire gli importi utilizzati e gli interessi maturati;
- Contratto di Conto Revolving: forma di finanziamento attraverso la concessione di una somma (linea di credito) utilizzabile in un'unica o in più soluzioni. Chi la utilizza si impegna a restituire gli importi utilizzati e gli interessi maturati;

Coobbligato

Coobbligato è colui il quale condivide, con l'obbligato principale, la responsabilità del pagamento delle rate di una Apertura di Credito Revolving. Generalmente è una persona che 'firma' il Contratto di Apertura di Credito Revolving insieme con chi lo richiede e fornisce le proprie garanzie a supporto del primo.

Convenzione Assicurativa

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

Coperture Assicurative

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

Decorrenza

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di adesione successiva, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di adesione.

Decesso

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

Debito residuo

Saldo del Conto Revolving e/o Carta di Credito. Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie -.

Durata delle Coperture Assicurative

Intervallo di tempo durante il quale sono operanti le Garanzie ed hanno validità le Coperture Assicurative.

Impresa di Assicurazione

- Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale): Vera Assicurazioni S.p.A. - L'Impresa del Gruppo Cattolica 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 del Gruppo Cattolica con sede in Via Carlo Ederle 45 , 37126 Verona - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS N. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 05913510961.

Inabilità Temporanea Totale (ITT) da Infortunio o Malattia:

- **non Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della generica capacità dell'Assicurato di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo a seguito di infortunio o malattia;
- **per Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia.

Indennizzo

La somma dovuta dalle Imprese di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza, a seguito del verificarsi di un sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, all'estinzione del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito.

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.

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (IPT)

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di

sottoscrizione del Modulo di Adesione relativa alla presente Copertura Assicurativa. La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

IVASS

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

Lettera di Benvenuto

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

Malattia

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Margine di Solvibilità

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

Modulo di Adesione

Il Modulo sottoscritto dall'Assicurato, mediante la quale avviene l'adesione alle presenti Coperture Assicurative.

Periodo di Franchigia Assoluta

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

Periodo di Riqualificazione

Un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.

Polizze

Le Polizze Collettive n. 3450 e n. 59.364, stipulate da AGOS DUCATO S.p.A., rispettivamente con Vera Assicurazioni S.p.A. e Vera Protezione S.p.A., disciplinata dalle seguenti Condizioni Generali cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato sottoscrivendo la Modulo di Adesione al Programma Assicurativo.

Premio

Le somme dovute alle Imprese di Assicurazione, a fronte delle Coperture Assicurative prestate. Il premio viene pagato mensilmente e viene determinato in percentuale sull'importo del debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile.

Premio puro

Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione.

Programma Assicurativo

L'insieme delle coperture assicurative prestate dalle Imprese di Assicurazione.

Rata Mensile

È la Rata di rimborso mensile del Contratto di Apertura di Credito Revolving. La rata mensile non potrà essere inferiore ad una percentuale del saldo in linea capitale del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo in linea capitale della Carta di Credito.

Set Informativo

L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente al Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet dell'impresa, composto da:

- DIP Danni
- DIP Vita
- DIP Aggiuntivo Multirischi
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Modulo di Adesione.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

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

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013 recante "Disposizioni in materia di Gestione dei rapporti assicurativi via web, attuativo dell'articolo 22, comma 8, del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 – Modifiche al Regolamento ISVAP

n. 35 del 26 maggio 2010" la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area a Lei riservata, tramite la quale le sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

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

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



Vera Assicurazioni S.p.A.

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

Vera Protezione S.p.A.

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

www.veraassicurazioni.it

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

**CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION (CPI) A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO
CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO - TARIFFA CPAC
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA**

**POLIZZE COLLETTIVE N. 3450 Vera Assicurazioni S.p.A. E N. 59364 Vera Protezione S.p.A.
CONTO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO n°**

Data ultimo aggiornamento: 9 Maggio 2019

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

MODULO DI ADESIONE

ASSICURATO

Cognome e nome: Codice Fiscale:
Comune di nascita: Data di nascita: Sesso:
Indirizzo: C.a.p. - Città - Provincia:
Identificato con il seguente documento: Numero:
Rilasciato da: Luogo: il:
Professione: Attività economica: Gruppo/Ramo Sottogruppo
Email numero telefonico

L'importo del premio è pari allo 0,40% sul saldo mensile in linea capitale. I costi totali a carico dell'Assicurato sono pari al 56% di ciascun premio mensile versato al netto delle imposte. Le provvigioni percepite dall'Intermediario sono pari al 89,29% del costo totale a carico dell'Assicurato ovvero il 50% del premio imponibile.

BENEFICIARI

BENEFICIARI COPERTURE DANNI

Per le Coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale 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



Vera Assicurazioni S.p.A.

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

Vera Protezione S.p.A.

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

- 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.**

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 _____

AVVERTENZE:

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

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

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

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

Il sottoscritto Assicurato:

- **prende atto** che Agos Ducato ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
 - a Vera Protezione S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause,
 - a Vera Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
 - invalidità totale permanente da infortunio o malattia,
 - inabilità temporanea totale da infortunio o malattia,in relazione ai Contratti di Apertura di Credito Revolving;
- **dichiara** di aderire alle Polizze Collettive indicate che prevedono il versamento di premi mensili calcolati secondo le modalità riportate nel Fascicolo Informativo. I premi assicurativi, sono versati per conto dell'Assicurato mensilmente da Agos Ducato alle Imprese di Assicurazione e quindi addebitati da Agos Ducato sul Conto Revolving o Carta di Credito dell'Assicurato e vengono rimborsati dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Apertura di Credito Revolving;
- **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 dei requisiti di assicurabilità riportati all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ;
- **prende atto** che a fronte del pagamento del premio le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving o Carta di Credito, a condizione che il Contratto di Apertura di Credito Revolving sia stato perfezionato;
- **prende atto** di poter recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. L'eventuale Premio pagato, al netto delle eventuali imposte, verrà rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.
- **Dichiara** di aver ricevuto la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente in modalità (indicare il supporto durevole):
 - Cartaceo
 - Sito della Compagnia come indicato nell'informativa precontrattuale
 - Email

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

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

Art.3: "Requisiti di Assicurabilità"; Art. 4: "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio"; Art. 5: "Decorrenza e durata della copertura assicurativa"; Art.6: "Diritto di recesso"; Art.7: "Limiti di indennizzo"; Art.10: "Beneficiari delle Prestazioni"; Art.11: "Denuncia del sinistro"; Art.19: "Cessione dei diritti"; Art.23: "Controversie"; Art.26: "Prestazioni Assicurate"; Art.27-32-36: "Esclusioni"; Art.31-35: "Indennizzo"; Art.29-34: "Oggetto della Copertura".

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

ADEGUATA VERIFICA

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

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

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

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

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

LUOGO E DATA _____ AGOS DUCATO _____

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

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

Presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione da **VERA ASSICURAZIONI S.p.A. – VERA PROTEZIONE S.p.A.**, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati ai Contitolari riferiti a terzi, con riferimento:

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

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

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

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

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 _____

INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS N° 231 DEL 2 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. E AL REGOLAMENTO IVASS 5 DEL 21.07.14

TITOLARE EFFETTIVO

Art 2 comma 1 lett. y Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Titolare effettivo)

"1)La persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo; 2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto ed a quello del presente Regolamento;"

Art 28 Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Contratto per conto altrui)

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