VERA Protezione VERA Assicurazioni DISTRIBUITO DA BANCO BPM

SET INFORMATIVO

TARIFFA 4CP69

(Creditor protection a premio unico abbinabile ai prestiti
riservata ai lavoratori dipendenti di enti privati)

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Danni
  Mod. 4CP69 DIP Ed. 11.2022;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Vita
  Mod. 4CP69 DIP Ed. 11.2022;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) aggiuntivo Multirischi
  Mod. 4CP69 DIP AGG. Ed. 11.2022;
- Condizioni di Assicurazione, comprensive del glossario
  Mod. 4CP69 CA Ed. 11.2022;
- Facsimile del Modulo di Adesione
  Mod. 4CP69 MP Ed. 11.2022.

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

Edizione aggiornata al 03/11/2022

Assicurazione Infortuni e Malattia (CPI)

VERA Assicurazioni

Documento Informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Vera Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Prodotto:"Creditor Protection a Premio Unico abbinabile ai prestiti riservata ai lavoratori dipendenti di enti privati – Tariffa 4CP69

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 da Infortunio o Malattia e la Perdita Involontaria d'Impiego. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento all'adesione alla polizza collettiva che copre il rischio Morte prestata da Vera Protezione S.p.A..

Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio o Malattia, è previsto il pagamento in unica soluzione all'Assicurato della somma assicurata, pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale al momento del sinistro, al netto di eventuali rate insolute.

✓ Perdita Involontaria di Impiego
In caso di Perdita Involontaria d'Impiego dovuta a giustificato motivo oggettivo o a messa in mobilità, è prevista la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della disoccupazione.

L'indennizzo non potrà superare

- in caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Euro 100.000,00 per Assicurato e per Sinistro;
- in caso di Perdita Involontaria d'Impiego: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto.

Che cosa non è assicurato?

Le persone fisiche che:

- × sottoscrivano/abbiano sottoscritto un Contratto di Finanziamento di durata inferiore a 12 mesi (1 anno) oppure superiore a 120 mesi (10 anni);
- × non siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- × non abbiano un'età compresa tra 18 e i 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- × alla data di scadenza del finanziamento risultino di età superiore a 75 anni;
- × non abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione e non abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, compilato la documentazione medica necessaria (Questionario Medico/Rapporto di Visita Medica);
- × non siano Lavoratori Dipendenti di Enti Privati;
- × siano Lavoratori Dipendenti di Enti privati, ma in azienda appartenente al nucleo familiare, oppure con contratto di lavoro non regolamentato dalla Legge Italiana, oppure con prestazione inferiore a 20 ore settimanali;
- × che percepiscano il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia o Straordinaria;
- × svolgano una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

Ci sono limiti di copertura?

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia:

- ! pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato, e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico;
- ! dolo dell'Assicurato.

Perdita Involontaria di Impiego:

- ! il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- ! il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- ! risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato.

Ulteriori limitazioni sono indicate nel DIP Aggiuntivo.

Dove vale la copertura?

✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

Che obblighi ho?

All'inizio del contratto

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

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

Nel corso del contratto

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, l'Aderente e/o l'Assicurato sono tenuti - anche tramite Banco BPM S.p.A. - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero. In caso in cui l'Assicurato modificasse la sua attività lavorativa, perdendo il requisito di assicurabilità di "Lavoratore Dipendente di Ente Privato", lo stesso deve darne tempestiva comunicazione alla Compagnia, tramite il Banco BPM S.p.A.

In caso di sinistro l'Assicurato deve:

- darne tempestiva denuncia alla Compagnia, entro il limite massimo di 60 giorni dalla data del sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità o, anche tramite Modulo di denuncia;
- inviare la Denuncia debitamente compilata, in forma scritta, e con allegata la documentazione prevista, alla Compagnia;
- in caso di sinistro da Invalidità Permanente sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima
- in caso di sinistro di Perdita d'Impiego:
  - autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione
  - dare tempestiva comunicazione scritta alla Compagnia in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

Quando e come devo pagare?

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

Il pagamento del premio alla Compagnia avviene per il tramite trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, conferisce al Banco BPM S.p.A. apposito mandato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del finanziamento (a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e sia stato corrisposto il premio).

La durata della copertura coincide con la durata del contratto di finanziamento, nel limite minimo di 12 mesi (1 anno) e massimo di 120 mesi (10 anni).

La garanzia Perdita Involontaria di Impiego prevede un Periodo di Carenza (ovvero di non operatività iniziale della garanzia) per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo.

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, Decesso dell'Assicurato, anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Finanziamento da parte dell'Aderente (qualora l'Aderente non faccia richiesta, al momento dell'anticipata estinzione totale o surroga del finanziamento di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria).

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può:

- recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, anche in caso di collocamento avvenuto interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza;
- per i contratti di durata superiore ai 5 anni, recedere a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla data di decorrenza, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine della annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

Per ulteriori dettagli si rimanda al DIP Aggiuntivo.

Per recedere l'Assicurato può recarsi presso la filiale del Banco BPM 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.

Vera Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 63.500.000,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Impr. di VR n. 01979370036 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00151 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.
www.veraassicurazioni.it

Assicurazione Temporanea caso morte a capitale decrescente

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

Vera Protezione S.p.A.

Prodotto: CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI - RISERVATA AI LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTI PRIVATI - TARIFFA 4CP69

Data di aggiornamento: 03/11/2022 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte dell'Assicurato, per i sottoscrittori del Contratto di Finanziamento in forma di Mutuo. 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 Perdita d'Impiego.

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

✓ Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato: in caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata della Copertura Assicurativa, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Decesso, al netto di eventuali rate insolute.

✓ Capitale Assicurato: il capitale assicurato non potrà essere superiore a Euro 100.000,00; il limite complessivo per Assicurato in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati è pari a Euro 500.000,00. In caso di finanziamenti erogati il cui importo sia superiore al massimale di Euro 100.000,00, gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il Finanziamento erogato alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Che cosa NON è assicurato?

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

× La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 12 mesi (1 anno) e massimo di 120 mesi (10 anni).

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

Ci sono limiti di copertura?

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

! incidente di volo, se l'assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;

! incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);

! partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra;

! partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;

! contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;

! dolo dei beneficiari;

! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;

! suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;

! sinistri provocati volontariamente dall'assicurato;

! sinistri che siano causati da abuso di alcol, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'assicurato;

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

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

Dove vale la copertura?

✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.

Che obblighi ho?

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

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Quando e come devo pagare?

- Le Coperture Assicurative vengono prestate dietro corresponsione da parte dell'Aderente di un premio unico anticipato.
- Il premio viene versato dall'Aderente, al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze collettive abbinate al Contratto di Finanziamento, mediante trattenuta sul conto corrente dell'Aderente stesso che, a tal fine, ha conferito alla Contraente della Polizza apposito mandato all'incasso.
- Il premio per la Copertura Morte viene determinato applicando il tasso moltiplicato per la durata del finanziamento (in numero di mesi interi) all'importo totale del finanziamento richiesto.
- Nel Modulo di adesione viene indicato l'importo del Premio unico da corrispondere per ogni Assicurato. In caso di cointestazione con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, il Premio per ogni Assicurato è calcolato sulla base della quota percentuale dell'importo totale del Finanziamento relativa ad ogni Assicurato.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

il diritto di disdetta.

- Per ciascun Assicurato, le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Aderente e dell'Assicurato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Aderente.
- La durata delle Coperture Assicurative, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 12 mesi (1 anno) e massimo di 120 mesi (10 anni), comprensiva di un eventuale preammortamento, coincide con la durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa).
- In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.
- Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
  - decesso dell'Assicurato;
  - accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
  - alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
  - anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Aderente;
  - surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui la stessa non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
  - accollo del Contratto di Finanziamento, ai sensi dell'art. 1273 del Codice Civile.
- La Contraente, l'Aderente e l'Assicurato devono avere il domicilio/sede in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio/sede in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto e la Compagnia procederà a rimborsare la parte di premio non goduto.

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

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

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☑ NO

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

VERA Protezione

VERA Assicurazioni

Assicurazione Caso Morte, Infortuni, Malattia

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

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

Prodotto: CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI - RISERVATA AI LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTI PRIVATI - TARIFFA 4CP69

Data di aggiornamento: 03/11/2022 - Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

L'Aderente/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, 45 - 37126 Verona - Italia; Tel. 800 549330, oppure dall'estero al numero +39 045 8392783; sito internet: www.veraprotezione.it; e-mail per informazioni di carattere generale: info@veraprotezione.it; e-mail per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni@veraprotezione.it; PEC: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it.

Per l'Assicurazione danni: Vera Assicurazioni S.p.A., Via Carlo Ederle. 45 - 37126 Verona - Italia; Tel. 800 549330, oppure dall'estero al numero +39 045 8392783; sito internet: www.veraassicurazioni.it; e-mail per informazioni di carattere generale: infore@veraassicurazioni.it; e-mail per informazioni relative alle liquidazioni: sinistrire@veraassicurazioni.it; PEC: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

***Vera Protezione S.p.A.**, società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.*
Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 05913510961.
Società con sede legale in Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona - Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00171.

***Vera Assicurazioni S.p.A.**, società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.*
Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 01979370036.
Società con sede legale in Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona - Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00151.

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

- *del Patrimonio Netto è pari a 83 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 48 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 32 milioni di euro);*
- *del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 45 milioni di euro **(a)**;*
- *del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 13 milioni di euro;*
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 132 milioni di euro **(b)**;*
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 132 milioni di euro.*

*Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,90 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 101,874 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 63,5 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 15,293 milioni di euro);*
- *del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 76,548 milioni di euro **(a)**;*
- *del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 19,137 milioni di euro;*
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 206,946 milioni di euro **(b);***
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 206,946 milioni di euro.*

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,70 volte il requisito patrimoniale Solvency

Il (SCR) ***(b/a)***.
Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.veraassicurazioni.it

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

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

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

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

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.
Ai fini del calcolo del grado di invalidità permanente si terrà conto di quanto segue:

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

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**Ramo Vita:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita. **Rami Danni:** Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Ci sono limiti di copertura?

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

CONDIZIONI DI CARENZA:

- L'Aderente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica predisposto dalla Compagnia stessa. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato. Qualora l'ingresso in copertura dell'Assicurato avvenga senza rapporto di visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dall'adesione, ed il relativo premio unico sia stato regolarmente corrisposto, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio unico versato. Tuttavia la Compagnia

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

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva;
- di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

- In assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato e il premio rimane acquisito dalla Compagnia. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato. Tale esclusione può essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga al momento della sottoscrizione del presente Contratto, allo specifico test HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

Rami Danni:

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni:

Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia

ESCLUSIONI

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

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

plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;

- inoltre sono esclusi gli infortuni causati:
  - dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
  - dalla pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
  - dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
  - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
  - dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti.

Perdita Involontaria di Impiego

ESCLUSIONI

- Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia per il caso di Perdita d'Impiego se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Lavoratore dipendente di Ente Pubblico.
- Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia per il caso di Perdita d'Impiego nel caso in cui:
  - l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di ente privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato o determinato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
  - il licenziamento è dovuto a giusta causa;
  - il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
  - risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
  - il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
  - durante il periodo di mobilità del lavoratore dipendente di ente privato maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
  - il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
  - se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti stagionali e contratti di lavoro interinale;
  - l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia e/o Straordinaria;
  - i contratti di lavoro sono stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
  - all'atto dell'adesione l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
  - l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
  - l'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità.
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti.

FRANCHIGIA

30 giorni
Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza di 90 giorni, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente di ente privato a tempo determinato o indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** **Ramo Vita:** Per tutti i pagamenti richiesti alla Compagnia debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi alla Contraente, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare la Compagnia al numero verde 800 549330 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30), oppure dall'estero al numero +39 045 8392783 o all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare alla Compagnia la seguente documentazione:

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE: le richieste di liquidazione possono pervenire alla Compagnia:

- via email all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it;
- in carta semplice, inviandola direttamente ad Vera Protezione S.p.A., - Ufficio Sinistri Vita - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra la Compagnia ed i Beneficiari si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.

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

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

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO

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

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

INOLTRE:

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

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

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

DOCUMENTAZIONE MEDICA

- In caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata inferiore o uguale a Euro 20.000,00): certificato medico attestante la causa del decesso;
- In caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata superiore a Euro 20.000,01): **occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico** attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.
  Si precisa che la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo

ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e\o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:

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

- **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio** - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, la Compagnia necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, certificato di chiusura inchiesta emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia la Compagnia stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è possibile contattare il numero verde: 800 549330 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30, oppure dall'estero il numero +39 045 8392783.

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

MINORI/INTERDETTI/INCAPACI: in questo caso la Compagnia necessita ricevere:

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

PRESENZA DI UN PROCURATORE: in questo caso la Compagnia necessita ricevere:

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

BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ: in questo caso la Compagnia necessita ricevere:

- richiesta di liquidazione sottoscritta dal Rappresentante Legale (esecutore) completa delle modalità di pagamento;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà;
- copia della delibera di nomina del Legale Rappresentante (esecutore), ovvero documento equipollente (copia della visura camerale, prospetto cerved) dal quale si evinca il nominativo aggiornato del Legale Rappresentante;
- copia di un valido documento di identità e codice fiscale del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi;

- indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del legale rappresentante (esecutore)e dei titolari effettivi;
- indicazione, per i titolari effettivi, relativa all'essere o meno una Persona Esposta Politicamente (PEP);
- autorizzazione al trattamento dei dati personali da parte del legale rappresentante (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE: in questo caso la Compagnia necessita ricevere:

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

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

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

oppure

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

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

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

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

Rami Danni:

La Denuncia debitamente scritta, e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviata entro il termine indicato nel DIP Danni a: Sinistri Vera Assicurazioni - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona oppure potete contattare il Numero Verde 800 185 445 attivo 24 ore su 24, sette giorni su sette, oppure dall'estero il numero +39 02 24128759.
Per effettuare la denuncia, l'Aderente potrà utilizzare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il finanziamento.
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:

- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche, certificato medico, relativi all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione della Contraente (ovvero della Banca presso la quale è stato acceso il finanziamento) attestante l'importo del debito residuo alla data del sinistro.
- La denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

In caso di Perdita Involontaria d'Impiego è richiesta inoltre la seguente documentazione:

- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;

	• copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego; • certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego); • dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento. **Prescrizione:** I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni per le Garanzie Vita e di due anni per le Garanzie Danni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge. **Liquidazione della prestazione:** Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno. **Gestione da parte di altre imprese:** La gestione dei sinistri Rami Danni è affidata ad una Struttura Esterna, Generali Welion S.c.a.r.l. **Assistenza diretta/in convenzione:** Non previsto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	La Contraente, l'Aderente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa: HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE, L'ADERENTE E/O L'ASSICURATO HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: • di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando alla Contraente, all'Aderente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; • di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Medico, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; • di trattenere il premio. HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE, L'ADERENTE E/O L'ASSICURATO NON HANNO AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: • di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi alla Contraente, all'Aderente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Rimborso	In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non successiva a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento, la Compagnia, entro 30 giorni, restituirà all'Aderente la parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento. In alternativa, l'Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa commisurata agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento. L'importo che la Compagnia restituisce all'Aderente è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro e quella relativa ai costi gravanti sul premio di riferimento, al netto di eventuali imposte. In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento, la Compagnia, entro 30 giorni,

	restituirà all'Aderente le parti di Premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni corrispondenti al periodo di assicurazione non goduto commisurando le Coperture Assicurative al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Impresa Aderente. In alternativa l'Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria. L'importo che la Compagnia restituisce all'Aderente è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro e quella relativa ai costi gravanti sul premio di riferimento, al netto di eventuali imposte.
Sconti	Il presente contratto non prevede sconti di alcun tipo.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	**Ramo Vita:** Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. **Rami Danni:** Sono previsti i seguenti periodi di carenza: • Perdita Involontaria di Impiego: 90 giorni
Sospensione	**Ramo Vita:** Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto. **Rami Danni:** Non è prevista la sospensione delle garanzie.

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

Revoca	**Ramo Vita:** Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. **Rami Danni:** Le presenti Coperture Assicurative non prevedono l'esercizio della Revoca dell'Adesione in considerazione delle modalità di conclusione del Contratto.
Recesso	**RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI (ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DI DECORRENZA)** Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente all'Aderente, senza alcun onere a carico di quest'ultimo. Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ai 30 giorni ed entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto all'Aderente. Per la sola copertura danni dal rimborso del premio saranno trattenute le imposte versate dalla Compagnia. Qualora il premio sia stato finanziato la Compagnia, entro 30 giorni, procederà al rimborso del premio eventualmente corrisposto all'Aderente. In alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Aderente, effettuata al momento del recesso, il premio sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata. L'Aderente ha diritto di recedere entro 60 giorni sostituendo la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27) e ha diritto al rimborso del premio, (ovvero nel caso in cui il premio sia stato finanziato, alla corrispondente riduzione della rata), al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Non sono previste spese amministrative a carico dell'Aderente. **RECESSO DALLE COPERTURE DANNI DAL QUINTO ANNO** Qualora l'Aderente eserciti il diritto di recesso secondo le modalità previste, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa, la Compagnia rimborserà all'Aderente stessa la parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto.
Risoluzione	**Ramo Vita:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita. **Rami Danni:** Le Coperture Assicurative sono a premio unico anticipato pertanto non è prevista la sospensione del

	pagamento dei premi.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☑ NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Richiesta di informazioni	La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto.

A chi è rivolto questo prodotto?

È assicurabile ciascuna persona fisica:

- Lavoratore Dipendente di enti privati, non in azienda appartenente al nucleo famigliare, con prestazione non inferiore a 20 ore settimanali e che non percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia o Straordinaria, il cui rapporto di lavoro sia regolamentato dalla Legge italiana
- che sottoscriva un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata compresa tra 12 mesi (1 anno) e 120 mesi (10 anni).
- di età compresa tra 18 compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- abbia sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia intestatario o cointestatario di più Finanziamenti assicurati) e dell'età:
  - compilato un Questionario Medico riportato nel Modulo di Adesione;
  - compilato il "Rapporto di Visita Medica" su apposito modulo ed effettuato gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dalla Compagnia;
- non svolga una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

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	53,0%	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.

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	53,00%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato al netto delle imposte del 2,50%.

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

Per tutti i rami

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

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
94,34%

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Ramo Vita:** Imposte sui premi I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. Detraibilità fiscale dei premi Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. Tassazione delle somme assicurate Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni. Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo. **Rami Danni:** Imposte sui premi Il premio di Assicurazione è soggetto ad un'imposta pari al 2,50% del premio imponibile. Disciplina dei premi e delle somme assicurate 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. 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: • 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, LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALLA COMPAGNIA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

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

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

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

VERA Protezione VERA Assicurazioni DISTRIBUITO DA BANCO BPM

CREDITOR PROTECTION A PREMIO UNICO
ABBINABILE AI PRESTITI
RISERVATA AI LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTI PRIVATI
TARIFFA 4CP69

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA

per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Perdita Involontaria d'Impiego

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono parte integrante della documentazione contrattuale 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);
- il Modulo di Adesione.

Edizione aggiornata al 03/11/2022

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa per i casi di decesso – invalidità totale permanente da infortunio o malattia – perdita involontaria d'impiego

Vera Assicurazioni - Vera Protezione

(Tariffe 4CP69)

[Data di aggiornamento: 03/11/2022]

INDICE

SEZIONE I) OGGETTO E PRESTAZIONI, REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E LIMITI DI INDENNIZZO 3
ART. 1 GARANZIE PRESTATE 3
ART. 2 - PRESTAZIONI 3
2.1 Prestazione in caso di morte 3
2.1.1 Prestazione in caso di sopravvivenza 3
2.2 Prestazione in caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia 3
2.3 Prestazione in caso di perdita involontaria dell'impiego 3
ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ 3
ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO 5
ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO 5
SEZIONE II) DECORRENZA, DURATA CONTRATTUALE, DIRITTO DI RECESSO E BENEFICIARI 6
ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 6
ART. 7 DIRITTO DI RECESSO 8
ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI 9
SEZIONE III) PAGAMENTO DEL PREMIO, ANTICIPATA ESTINZIONE DEL FINANZIAMENTO E DENUNCIA DEL SINISTRO 9
ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO 9
ART. 10 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO 10
ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO 12
ART. 12 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E DELL'ADERENTE IN CASO DI SINISTRO 13
SEZIONE IV) FISCALITÀ, LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI 13
ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA 13
ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI 13
ART. 15 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI 13
ART. 16 COMUNICAZIONI 13
ART. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO E DELL'ADERENTE 13
ART. 18 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE 13
ART. 19 LEGGE APPLICABILE 13
ART. 20 FORO COMPETENTE 14
ART. 21 CLAUSOLA LIBERATORIA 14
ART. 22 CESSIONE DEI DIRITTI 14
ART. 23 CONTROVERSIE 14
ART. 24 PRESCRIZIONE 14

ART. 25 – CONFLITTO DI INTERESSI 14
ART. 26 – MISURE RESTRITTIVE - SANCTIONS CLAUSE 14
SEZIONE V) ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE 15
Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO* *15
ART. 27 PRESTAZIONI ASSICURATE 15
Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA* *15
ART. 28 ESCLUSIONI, LIMITAZIONE E PERIODO DI CARRENZA 15
Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO* *17
ART. 29 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 17
SEZIONE VI) ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA 20
Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO* *20
ART. 30 PRESTAZIONI ASSICURATE 20
ART. 31 CRITERI DI INDENNIZZABILITA' 21
Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA* *22
ART. 32 ESCLUSIONI 22
Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO* *24
ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 24
SEZIONE VII) ASSICURAZIONE PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO 24
Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO* *24
ART. 34 PRESTAZIONI ASSICURATE 24
Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA* *25
ART. 35 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI 25
Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO* *25
ART. 36 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI 25
ART. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 26
GLOSSARIO *27*

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI – FINANZIATA RISERVATA AI LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI

SEZIONE I) OGGETTO E PRESTAZIONI, REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E LIMITI DI INDENNIZZO

Che tipo di assicurazione è?
È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte, di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia e Perdita Involontaria d'Impiego dell'Assicurato, per i sottoscrittori del Contratto di Finanziamento.

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

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

- Morte, prestata da Vera Protezione S.p.A.;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, prestata da Vera Assicurazioni S.p.A.;
- Perdita Involontaria d'Impiego, prestata da Vera Assicurazioni S.p.A.

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

ART. 2 - PRESTAZIONI

2.1 Prestazione in caso di morte
La prestazione assicurata è pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute.
In caso di liquidazione del sinistro da Invalidità Totale Permanente, nulla sarà più dovuto per la garanzia Caso Morte e il premio versato per la Copertura Morte resta acquisito dalla Compagnia.

2.1.1 Prestazione in caso di sopravvivenza
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Contratto di Assicurazione non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

2.2 Prestazione in caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia
La prestazione assicurata in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, è pari all'importo del debito residuo alla data del sinistro, al netto di eventuali rate insolute.

2.3 Prestazione in caso di perdita involontaria dell'impiego
La Compagnia liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della disoccupazione.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

È assicurabile ciascuna persona fisica:

- **Lavoratore Dipendente di enti privati, non in azienda appartenente al nucleo famigliare, con prestazione non inferiore a 20 ore settimanali e che non percepisca il trattamento di Cassa**

Integrazione Ordinaria o Edilizia o Straordinaria, il cui rapporto di lavoro sia regolamentato dalla Legge italiana

- **che sottoscriva un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata compresa tra 12 mesi (1 anno) e 120 mesi (10 anni). Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue;**
- **di età compresa tra 18 compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;**
- **non svolga una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;**
- **abbia sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia intestatario o cointestatario di più Finanziamenti assicurati) e dell'età, secondo la tabella seguente:**
  1) **compilato un Questionario Medico riportato nel Modulo di Adesione;**
  2) **compilato il "Rapporto di Visita Medica" su apposito modulo ed effettuato gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dalla Compagnia.**

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

Somma assicurata per Assicurato (*)	**Età all'adesione da 18 anni compiuti a 65 anni compiuti**	**Età all'adesione da 66 anni compiuti a 70 anni compiuti**
Fino a € 20.000,00	Nessun accertamento sanitario	Questionario Medico e Rapporto Visita medica
Da Euro 20.000,01 a € 100.000,00	Questionario Medico	Questionario Medico e Rapporto Visita medica

Nel caso in cui l'importo totale della somma assicurata, considerando altre eventuali coperture assicurative caso morte con la Compagnia, superi i 100.000,00 Euro, sarà necessario che l'Assicurato produca la sottoindicata documentazione:

Somma assicurata per Assicurato (*)	**Età all'adesione da 18 anni compiuti a 65 anni compiuti**	**Età all'adesione da 66 anni compiuti a 70 anni compiuti**
Da Euro 100.000,01 a € 300.000,00	Questionario Medico	Questionario Medico e Rapporto Visita medica
Oltre € 300.000,00 - Fino a € 500.000,00	Questionario Medico e Rapporto Visita medica	Questionario Medico e Rapporto Visita medica

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

- *devono essere considerate anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con la Compagnia;*
- *l'importo è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia intestatario o cointestatario di più Finanziamenti assicurati.*

La Compagnia:

- **relativamente al Questionario Medico, si riserva il diritto, una volta esaminato lo stesso di richiedere la compilazione del Rapporto Visita Medica;**
- **relativamente al Rapporto di Visita Medica, si riservano il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto delle Coperture Assicurative.**

Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente ed inviati alla Compagnia.

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

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

oppure:

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

oppure:

- **nel caso di un solo cointestatario/assicurato, lo stesso dovrà essere assicurato per l'importo totale del finanziamento.**

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

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

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

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo non potrà superare:

- **in caso di Morte o Invalidità Totale Permanente Euro 100.000,00 per Assicurato e per Sinistro; il limite complessivo per Assicurato in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati è pari a Euro 500.000,00. In caso di finanziamenti erogati il cui importo sia superiore al massimale di Euro 100.000,00, gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il Finanziamento erogato alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa;**
- **in caso di Perdita Involontaria d'Impiego: Euro 2.000,00 mensili con il massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata delle Coperture Assicurative.**

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

La Contraente, l'Aderente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

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

- **di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando alla Contraente, all'Aderente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;**
- **di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;**

- **di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;**
- **di trattenere il premio.**

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

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

Qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Compagnia, anche per il tramite dell'Aderente, prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

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

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

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

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

Per ciascun Assicurato, le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Aderente e dell'Assicurato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Aderente.

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

La decorrenza e la durata delle Coperture Assicurative è comunicata alla Compagnia dalla Contraente.

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

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

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 12 mesi (1 anno) e massimo di 120 mesi (10 anni).

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

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

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

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

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

Qualora, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato modificasse la Sua attività lavorativa, non rientrando più nella definizione di Dipendente di Ente Privato di cui all'art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" delle Condizioni di Assicurazione, lo stesso è tenuto a darne comunicazione tempestiva alla Compagnia, Vera Assicurazioni S.p.A., tramite la Contraente.

La copertura Perdita di impiego cesserà con effetto dalla data di avvenuta comunicazione e la Compagnia provvederà, entro 30 giorni dall'avvenuta notifica, alla restituzione, per il tramite della Contraente, della parte di premio pagato e non goduto relativo alla garanzia Perdita di Impiego, calcolata secondo la formula di cui all'art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO", che segue.

Le Coperture Morte ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, invece, rimarranno operanti fino alla naturale scadenza delle stesse.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e vi sia la liquidazione dell'Indennizzo per Decesso o per Invalidità Totale e Permanente di un Assicurato, l'Aderente avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative per uno o più Assicurati fino alla scadenza originaria del Finanziamento, sempre ad esclusione delle Coperture Assicurative cessate per Invalidità Totale Permanente o per Decesso. Il premio versato relativo all'Assicurato sul quale si è verificato il sinistro di Decesso o di Invalidità Totale e Permanente resta comunque acquisto dalla Compagnia.

Qualora, a seguito della liquidazione dell'indennizzo per Decesso o per Invalidità Totale e Permanente, venga effettuata l'anticipata estinzione totale del Finanziamento le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicata alla Compagnia l'anticipata

estinzione totale del Finanziamento: in tal caso la Compagnia restituirà all'Aderente la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto relativa agli altri Assicurati.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale oppure la surroga o l'accollo dello stesso, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati: in tal caso la Compagnia restituirà agli Assicurati la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto. In caso di anticipata estinzione totale del Finanziamento oppure di surroga gli Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza originaria del Finanziamento.

Nel caso in cui le Coperture Assicurative vengano mantenute in vigore gli indennizzi relativi alle stesse saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio. in base ad un tasso prestabilito dalla Compagnia al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso, anche in caso di collocamento avvenuto interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare alla Compagnia comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, ai seguenti indirizzi:
Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.
Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

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

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

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

DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI DAL QUINTO ANNO

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

La Compagnia restituirà all'Aderente la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la formula seguente:

$$R = [PDanni * ((N-K)/ N) * Debito_Residuo/Cap_Iniziale] + [H * (N-K)/ N]$$

Dove:
• R = importo da rimborsare

• PDanni = Premio versato per le Coperture Danni al netto dei costi e delle imposte riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni anticipate parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate
• H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni anticipate parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
• N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
• K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data del recesso
• Cap_Iniziale = Importo assicurato iniziale riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni anticipate parziali già effettuate
• Debito_Residuo = debito residuo dell'Assicurato alla Data del recesso.

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

ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente e Perdita d'Impiego è l'Assicurato.

Per la Copertura Caso Morte, la designazione dei Beneficiari viene effettuata all'atto di sottoscrizione del Modulo di Adesione; le eventuali revoche e modifiche di essa e dell'eventuale referente terzo devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia. Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Aderente, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita. Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme, relative a tali polizze, fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

La designazione dei Beneficiari non può essere modificata nei seguenti casi:
- **dopo che l'Assicurato ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;**
- **dopo che, verificatosi l'evento, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di voler profittare del beneficio.**

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

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

ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

Le Coperture Assicurative vengono prestate dietro corresponsione da parte dell'Aderente di un premio unico ed anticipato.
Il premio viene versato dall'Aderente, al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze collettive abbinate al Contratto di Finanziamento, mediante trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito alla Contraente della Polizza apposito mandato all'incasso.

Nel Modulo di adesione viene indicato l'importo del Premio unico da corrispondere per ogni Assicurato. In caso di cointestazione con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, il Premio per ogni Assicurato è calcolato sulla base della quota percentuale dell'importo totale del Finanziamento relativa ad ogni Assicurato.
L'importo totale del premio unico è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Morte e della componente del premio per le Coperture Danni. Il premio per la Copertura Morte e la Copertura Danni viene determinato applicando il tasso all'importo totale del finanziamento richiesto.

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

Copertura Morte	2,642%
Copertura Danni -Invalidità Totale permanente	0,8118% (*)
Copertura Danni - Perdita d'Impiego	3,157% (*)

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

ART. 10 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non successiva a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Totale Permanente, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento, la Compagnia, entro 30 giorni, restituirà all'Aderente la parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto e le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione/surroga /accollo del Contratto di Finanziamento.
In alternativa, l'Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa commisurata agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento.

In caso di accollo del Finanziamento non sarà possibile mantenere in vigore le Coperture Assicurative.

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

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

Rimborso del premio puro = [(PVita + PDanni) * ((N-K)/ N) * Cap_Estinto/Cap_Iniziale]
Rimborso dei costi = [H * (N-K)/ N * Cap_Estinto/Debito_Residuo]

Dove:
R = importo da rimborsare
PVita = Premio versato al netto dei costi
PDanni = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte e dei costi (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero)
H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Anticipata Estinzione Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato
Cap_Estinto = importo versato alla banca per l'estinzione anticipata del finanziamento (in caso di estinzione totale, Cap_Estinto è pari al debito residuo del finanziamento stesso al momento dell'estinzione)
Cap_Iniziale= importo ass.to iniziale
Debito_Residuo = debito residuo dell'Assicurato al momento dell'Anticipata Estinzione Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato

In particolare, H sarà riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale come segue:
H = H * (1-Cap_estinto/DR)

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

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

Esempio n. 1
Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro
PVita Lordo = 1.585,20
PDanni Lordo= 2.381,28
Costi % = 53%
H = 2.071,46 Euro (pari a (PVita Lordo + PDanni Lordo/1,025) * Costi %)
PVita = 745,04 Euro (pari a PVita Lordo * (1-Costi%))
PDanni = 1.091,91 Euro (pari a PDanni Lordo/1,025 *(1-Costi%))
Debito residuo = 44.937,95 Euro
N = 84 mesi
K = 24 mesi
Rimborso del premio puro = [1.836,95*((84-24)/84)* 44.937,95/60.000,00] = 982,72 Euro
Rimborso dei costi = [2.071,46*((84-24)/84)* 44.937,95/44.937,95] = 1.479,61 Euro
Importo del premio da rimborsare = 1.108,18 + 1.479,61 = 2.462,33 Euro

****

Esempio n. 2
Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro
PVita Lordo = 1.585,20
PDanni Lordo= 2.381,28
Costi % = 53%
H = 2.071,46 Euro (pari a (PVita Lordo + PDanni Lordo/1,025) * Costi %)
PVita = 745,04 Euro (pari a PVita Lordo * (1-Costi%))
PDanni = 1.091,91 Euro (pari a PDanni Lordo/1,025 *(1-Costi%))
Debito residuo = 19.330,01 Euro
N = 84 mesi
K = 60 mesi
Rimborso del premio puro = [1.836,95*((84-60)/84)* 19.330,01/60.000,00] = 169,09 Euro
Rimborso dei costi = [2.071,46*((84-60)/84)* 19.330,01/19.330,01] = 591,84 Euro
Importo del premio da rimborsare = 169,09 + 591,84 = 760,93 Euro

ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Compagnia, entro 30 giorni, restituirà all'Aderente le parti di Premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni corrispondenti al periodo di assicurazione non goduto commisurando le Coperture Assicurative al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Aderente.
In alternativa, l'Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria.

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

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

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

Esempio n. 1
Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro
PVita Lordo = 1.585,20
PDanni Lordo= 2.381,28
Costi % = 53%
H = 2.071,46 Euro (pari a (PVita Lordo + PDanni Lordo/1,025) * Costi %)
PVita = 745,04 Euro (pari a PVita Lordo * (1-Costi%))
PDanni = 1.091,91 Euro (pari a PDanni Lordo/1,025 *(1-Costi%))
Debito residuo = 44.937,95 Euro
N = 84 mesi
K = 24 mesi
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del finanziamento = 3.000,00 Euro
Rimborso del premio puro = [1.836,95*((84-24)/84)* 3.000,00/60.000,00] = 65,61 Euro
Rimborso dei costi = [2.071,46*((84-24)/84)* 3.000,00/44.937,95] = 98,78 Euro
Importo del premio da rimborsare = 65,61 + 98,78 = 164,38 Euro

****

Esempio n. 2
Capitale Assicurato Iniziale = 60.000,00 Euro
PVita Lordo = 1.585,20
PDanni Lordo= 2.381,28
Costi % = 53%
H = 2.071,46 Euro (pari a (PVita Lordo + PDanni Lordo/1,025) * Costi %)
PVita = 745,04 Euro (pari a PVita Lordo * (1-Costi%))
PDanni = 1.091,91 Euro (pari a PDanni Lordo/1,025 *(1-Costi%))
Debito residuo = 19.330,01 Euro
N = 84 mesi
K = 60 mesi
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del finanziamento = 1.000,00 Euro
Rimborso del premio puro = [1.836,95*((84-60)/84)* 1.000,00/60.000,00] = 8,75 Euro
Rimborso dei costi = [2.071,46*((84-60)/84)* 1.000,00/19.330,01] = 30,62 Euro
Importo del premio da rimborsare = 8,75 + 30,62 = 39,37 Euro

ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato, o dai Suoi aventi diritto, il quale potrà compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Filiale della Contraente. La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata alla Compagnia ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Morte: Vera Protezione S.p.A. – Ufficio Sinistri Vita - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Perdita d'Impiego): Sinistri Vera Assicurazioni - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona.

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

- in caso di decesso dell'Assicurato, per la denuncia di sinistro e per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 549330 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30, oppure dall'estero al numero +39 045 8392783;

- per la denuncia del sinistro relativo alle garanzie danni, l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800 185 445 attivo 24 ore su 24, sette giorni su sette; per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800 185 445 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 20:00, oppure dall'estero al numero +39 02 24128759.

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

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.

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

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

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

SEZIONE IV) FISCALITÀ, LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI

ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 15 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

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

ART. 16 COMUNICAZIONI

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

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

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

ART. 18 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 19 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 20 FORO COMPETENTE

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

ART. 21 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 22 CESSIONE DEI DIRITTI

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. 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 della Copertura Invalidità Totale e Permanente prestata 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 PRESCRIZIONE

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

ART. 25 – CONFLITTO DI INTERESSI.

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

ART. 26 MISURE RESTRITTIVE - SANCTIONS CLAUSE

La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

SEZIONE V) ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 27 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia della prestazione assicurata al beneficiario, fermo restando le esclusioni previste al successivo Art. 28 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 100.000,00 per Assicurato, come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

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

In caso di cointestazione del Finanziamento e di più Assicurati del medesimo Finanziamenrto con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Debito residuo: pertanto la Compagnia liquiderà ai Beneficiari, in caso di Decesso dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del decesso dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata, riferita al singolo Assicurato, e l'importo totale del finanziamento alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

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

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

Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 28 ESCLUSIONI, LIMITAZIONE E PERIODO DI CARRENZA

A. ESCLUSIONI

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

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

condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;

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

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

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

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

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

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q,

salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

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

In assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato e il premio rimane acquisito dalla Compagnia.
Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso alla Polizza Collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.
Tale esclusione può essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga al momento della sottoscrizione del presente Contratto, allo specifico test HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 29 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare alla Compagnia la seguente documentazione:

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

   Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra la Compagnia ed i Beneficiari si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.
   Qualunque sia la modalità scelta, **si dovranno fornire tutte le informazioni ed i documenti seguenti:**
   - **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di polizza;
   - **MODALITÀ DI PAGAMENTO**: occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
   - **DOCUMENTO D'IDENTITÀ**: copia di un valido documento di identità;
   - **CODICE FISCALE**: copia del codice fiscale;
   - **CONTATTO**: indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
   - **P.E.P.**: occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
   - **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare il legame di parentela con l'Assicurato;
   - **PRIVACY:** occorre sottoscrivere di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy.

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

3. **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO**
   Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: ***"Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:"***
   a. In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.veraprotezione.it)

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

b. **In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.veraprotezione.it):**
   - che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
   - Occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

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

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

4. **DOCUMENTAZIONE MEDICA**:

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

ii) **In caso di MORTE NATURALE (da fornire solo in caso di somma assicurata superiore a Euro 20.000,01):**
Occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante (fac simile disponibile sul sito www.veraprotezione.it), attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.
Si precisa che la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e\o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:
   a. *emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico;*
   b. *emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti* (*esempio: causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avventi in Paesi Esteri);*
   c. *emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione (dichiarazioni di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario).*

iii) **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio -** oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, la Compagnia necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, certificato di chiusura inchiesta emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandata affinché sia la Compagnia stessa, nel rispetto della vigente normativa

sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare la Compagnia al seguente numero verde: 800 549339 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30, oppure dall'estero al numero +39 045 8392783.

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

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

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

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

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

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

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

oppure

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

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

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

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

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi alla Contraente, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare la Compagnia al numero verde 800 549330 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30), oppure dall'estero al numero 045 8392783 o all'indirizzo e-mail: liquidazioni@veraprotezione.it.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

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

oppure

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

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

Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 30 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia della prestazione assicurata all'Assicurato, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 32 "ESCLUSIONI".

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 relativo alla presente Copertura Assicurativa.

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa. In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

In caso di cointestazione del Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Debito residuo: pertanto la Compagnia liquiderà all'Aderente, in caso di sinistro, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del sinistro moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 100.000,00 per Assicurato e per Sinistro, come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO". 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.

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

ART. 31 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Infortunio:

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

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

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

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

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

Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 32 ESCLUSIONI

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

- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico,**

immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;

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

- **nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.**

Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

- **telefonando a: Numero Verde 800 185 445** attivo 24 ore su 24, sette giorni su sette, oppure dall'estero al numero +39 02 24128759;
- **facendo una denuncia scritta a:** Sinistri Vera Assicurazioni - Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona

entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità 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 alla denuncia di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

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

SEZIONE VII) ASSICURAZIONE PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO

Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 34 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Perdita Involontaria d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità;

la Compagnia liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della disoccupazione **con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale**.
In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

La Copertura Assicurativa per la Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta:

- **ad un Periodo di Carenza di 90 giorni; qualora la Perdita d'Impiego venga notificata all'Assicurato nei primi 90 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta;**
- **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa.**

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

Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 35 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia per il caso di Perdita d'Impiego se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Lavoratore dipendente di Ente Pubblico. Qualora, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato modificasse la Sua attività lavorativa, non rientrando più nella definizione di Dipendente di Ente Privato, come meglio descritto all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'", la copertura Perdita di impiego cesserà come previsto all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA".

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia per il caso di Perdita d'Impiego nel caso in cui:

- **l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di ente privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato o determinato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;**
- **il licenziamento è dovuto a giusta causa;**
- **il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;**
- **risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;**
- **il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;**
- **durante il periodo di mobilità del lavoratore dipendente di ente privato maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;**
- **il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;**
- **se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti stagionali e contratti di lavoro interinale;**
- **l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia e/o Straordinaria;**
- **i contratti di lavoro sono stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;**
- **all'atto dell'adesione l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;**
- **l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);**
- **l'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità.**
- **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.**

Capitolo 3 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 36 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza di 90 giorni, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente di ente privato a tempo determinato o indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Qualora la Compagnia stia corrispondendo la prestazione – pari all'importo delle rate mensili - e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente di ente privato, quest'ultimo dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Tuttavia, qualora il contratto di lavoro dipendente di ente privato sia solo a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto

e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi trascorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

ART. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

L'Assicurato deve, entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, comunicare a Vera Assicurazioni S.p.A. la propria disoccupazione inviando la denuncia di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", ed allegando la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- Dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa. L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione scritta alla Compagnia caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

GLOSSARIO

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI – FINANZIATA RISERVATA AI LAVORATORI DIPENDENTI DI ENTI PRIVATI

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

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

Banca
Coincide con la Contraente.

Beneficiario
Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente e Perdita d'Impiego 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
Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

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

Compagnia
Per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente, Perdita Involontaria d'Impiego): Vera Assicurazioni S.p.A. - Impresa di Assicurazione soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. – Trieste – Società del Gruppo Generali, 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 C.F. e iscrizione al Registro delle Imprese di Verona n. 01979370036 – Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230.
Per la Copertura Morte: Vera Protezione S.p.A. - Impresa di Assicurazione soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. – Trieste – Società del Gruppo Generali, 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 C.F. e iscrizione al Registro delle Imprese di Verona n. 05913510961 – Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230.

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

Contratto di Assicurazione
Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente, e Perdita d'Impiego), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

Contratto di Finanziamento
Il Contratto di Finanziamento è il Contratto con il quale la Banca concede all'Assicurato un finanziamento, rientrante nell'ambito dei **presti personali** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata non superiore a 10 anni ed al quale si riferiscono le Coperture Assicurative oggetto del presente Contratto di Assicurazione.

Convenzione Assicurativa
Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra la Compagnia e la Banca - Contraente delle Convenzioni -.

Copertura Assicurativa
Le garanzie assicurative concesse dalla Compagnia e generate dal versamento di un Premio unico, a fronte della quale la Compagnia è obbligata al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Data di decorrenza
È la data in cui il contratto inizia a produrre i propri effetti e coincide con la data di erogazione del Finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto da parte dell'Aderente.

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

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

Documento Unico di Rendicontazione annuale (DUR):
Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale:

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

Durata delle Coperture Assicurative
Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza del Contratto di Assicurazione e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed hanno validità le Coperture Assicurative;

Franchigia
La Franchigia per la Garanzia Perdita Involontaria d'Impiego, è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini del presente Contratto di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità. La Franchigia per la Garanzia Invalidità Totale Permanente è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.

Indennizzo
La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.

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

Intermediario
Il **Banco BPM S.p.A.**, Contraente della Convenzione **che distribuisce** i**l presente prodotto nelle modalità e nei limiti indicati sul sito www.bancobpmspa.com**

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

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

Lavoratore Autonomo
È Lavoratore Autonomo la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (si veda la definizione di Lavoratore Dipendente al punto successivo) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone; sono considerati Lavoratori Autonomi i cosiddetti "Lavoratori a Progetto".

Lavoratore Dipendente di ente privato
È Lavoratore Dipendente di ente privato la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali. Sono altresì assimilati ai lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art.50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate.

Lavoratore Dipendente di ente pubblico
È la persona fisica che sia Lavoratore dipendente presso la Pubblica Amministrazione.
A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:
-le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
-le aziende e amministrazioni delle Stato ad ordinamento autonomo;
-le Regioni – le Province – i Comuni;
-le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
-le Istituzioni Universitarie;
-le Camere di Commercio, Industria, Artigiano e Agricoltura e loro associazioni;
-le Aziende e gli Enti del servizio sanitario Nazionale.

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

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

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

Modulo di Adesione
Il documento sottoscritto dall'Aderente e da ciascuno degli Assicurati, mediante il quale avviene l'adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Non Lavoratore
La persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

Perdita d'Impiego
È lo stato di disoccupazione a seguito di: - giustificato motivo oggettivo; - messa in mobilità.

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

Polizze:
Le Polizze collettive di cui alle Convenzioni n. 3561 e n. 59355, stipulate dalla Contraente **Banco BPM S.p.A.**, rispettivamente con Vera Assicurazioni S.p.A. e Vera Protezione S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Contrattuali di Assicurazione a cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Premio
Il premio è la somma dovuta alla Compagnia per le Coperture Assicurative prestate. Il premio per il presente Contratto di Assicurazione è unico, viene addebitato all'Assicurato dalla Contraente in unica soluzione anticipata e viene calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto.

Premio puro
Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa dalla Compagnia con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione;

Rata Mensile
È la Rata Mensile del finanziamento come calcolata dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento rilasciato alla Compagnia. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego saranno determinati in ogni caso su base mensile.

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

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

Vera Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 63.500.000,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Impr. di VR n. 01979370036 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 Albo Imprese presso IVASS n. 1.00151 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.
www.veraassicurazioni.it

Vera Protezione S.p.A.
Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 47.500.000,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 Albo Imprese presso IVASS n. 1.00171 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009.
www.veraassicurazioni.it

VERA Protezione VERA Assicurazioni

DISTRIBUITO DA BANCO BPM

MODULO DI ADESIONE

DATI GENERALI

BANCA | ABI | FILIALE | C.A.B.

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

- Vita: CONV.VITA

- Danni: CONV.DANNI

ASS. VITA: VERA PROTEZIONE S.p.a.

ASS. DANNI: VERA ASSICURAZIONI S.p.A.

che hanno per oggetto:

A) Garanzia Vita:

- Il pagamento di un capitale pari al debito residuo o alla quota parte dello stesso, determinato secondo le modalità definite nelle condizioni di assicurazione.

B) Garanzia Danni:

- il rimborso delle rate mensili del debito oggetto del contratto di Finanziamento pari all'importo della rata mensile, determinata secondo le modalità definite nelle condizioni di assicurazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego.
- Il pagamento di un capitale pari al debito residuo o alla quota parte dello stesso, determinato secondo le modalità definite nelle condizioni di assicurazione, in caso di: Invalidità Totale Permanente.

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

N° ADESIONE

ADERENTE

DENOMINAZIONE SOCIALE | CODICE FISCALE | PARTITA IVA

INDIRIZZO | N° CIVICO

COMUNE | PROVINCIA | C.A.P. | CAB COMUNE | CODICE PAESE

E-MAIL | NUMERO TELEFONO

DATI FINANZIAMENTO

In quanto intestatario del contratto di Finanziamento n° | Con inizio il

e scadenza il | con durata in mesi | Premio finanziato?

Pre-ammortamento? | Numero mesi pre-ammortamento

Fac-Simile

ASSICURATI

NOME COGNOME | CODICE FISCALE | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA

ETA' ANAGRAFICA | INDIRIZZO | N° CIVICO

COMUNE | PROV. | C.A.P. | CAB COMUNE | CODICE PAESE

PERCENTUALE QUOTA DI COPERTURA ASSICURATIVA | CAPITALE ASSICURATO

BENEFICIARI

BENEFICIARI IN CASO MORTE: _____

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

NOME E COGNOME | CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA

INDIRIZZO

E-MAIL

GARANZIE

La Convenzione Collettiva offre le coperture assicurative sotto indicate:

GARANZIA

Esclusioni/Limitazioni: si rimanda agli Articoli 28, 32 e 35 delle Condizioni di Assicurazione.

Fac Simile

PREMI

PREMIO UNICO ANTICIPATO

Garanzie Danni	
Premio Lordo Danni	
Imposte	
Premio netto Danni	
- di cui Costi di acquisizione gestione e incasso comprensivi delle	
- Provvigioni percepite dall'intermediario	

Garanzie Vita	
Premio Vita	
- di cui Costi di acquisizione gestione e incasso comprensivi delle	
- Provvigioni percepite dall'intermediario	

Premio Unico Lordo Totale
Imposte
Premio Unico Netto Totale

Il **Premio Unico Lordo Totale** sopra riportato, si intende anticipato ed è relativo:

- ad un Capitale Assicurato iniziale*/Debito residuo di € _____
  * quando la polizza è finanziata, il capitale assicurato è comprensivo del premio per la copertura assicurativa.
- ad un importo mensile assicurato (Rata Mensile), determinato così come indicato nel Set Informativo - Glossario - "Rata Mensile".

METODO DI PAGAMENTO

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

DURATA GARANZIE

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

Data decorrenza:

Data Scadenza copertura assicurativa:

Luogo e Data

_____

FIRMA ADERENTE _____

Fac - Simile

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE E ASSICURATO/I

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

- Di aver ricevuto la copia integrale del Set Informativo - ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modifiche e/o integrazioni - composto dal Documento Informativo precontrattuale (DIP) per i prodotti assicurativi Danni, dal DIP per i prodotti assicurativi Vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo, dal DIP Aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e dal fac simile del presente Modulo di Adesione;
- Di riconoscere la piena veridicità e completezza di quanto contenuto nel presente Modulo di Adesione che risponde alle dichiarazioni rese in fase di sottoscrizione, pur se materialmente inserite da altri.
- Di aver risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con Firma il Questionario Medico fornito dalla Compagnia avendo verificato prima della sottoscrizione, l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione sullo stato di salute nel Questionario Medico.
  Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893.
  In particolare, la Compagnia ha diritto:
  - di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche ad una sola delle patologie indicate nel Questionario Medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
  - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.
- Di avere il proprio domicilio in Italia secondo l'art. 43 comma 1 del c.c.
- L'assicurato dichiara inoltre di prestare il consenso necessario per la validità dell'Assicurazione ai sensi dell'Art 1919 c.c
- Di **NON** svolgere una delle seguenti professioni:
  - collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.
- L'aderente dichiara che il premio dovuto (alla data di sottoscrizione della polizza e per i successivi rinnovi) corrisponde a quanto riportato nel presente modulo di adesione le cui regole di calcolo sono esposte nel Set Informativo, fatti salvi eventuali arrotondamenti applicati dal sistema informatico (con una tolleranza per eccesso o per difetto di massimo 1 euro)
- Di prendere atto che in merito alle garanzie finanziarie, ai sensi all'art. 4 comma 2 del Regolamento Isvap n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Compagnia il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; Dichiara pertanto che il finanziamento sottoscritto non è stato erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non è stato erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide;
- Di essere a conoscenza che è possibile recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di conclusione del contratto, anche per i contratti promossi e collocati interamente con tecniche di vendita a distanza.
- Di aver ricevuto l'informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario);
- L'Aderente dichiara di aver ricevuto la documentazione contrattuale e precontrattuale e di voler ricevere le successive comunicazioni previste dalla normativa vigente in modalità: _____.
- Di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data _____

FIRMA ADERENTE _____

FIRMA ASSICURATO _____

DICHIARO/IAMO CHE:

- Sono / siamo consapevole/i che l'adesione alla polizza è facoltativa
- Mi è stato presentato l'apposito Questionario per la valutazione della coerenza del Contratto rispetto alle mie esigenze e dei soggetti designati come Beneficiari
- L'Assicurato designa come Beneficiario della presente copertura l'Impresa Aderente (quando non Ditta Individuale) ai sensi dell'Art 1920 c.c.

Luogo e Data

_____

FIRMA ADERENTE _____

FIRMA ASSICURATO _____

fac simile

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Sottoscritto dichiara, ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del cod. civ., di approvare specificatamente le seguenti disposizioni riportate:
Art. 29, 33, 37 “Denuncia di sinistro ed obblighi relativi” e Art. 36 “Denunce Successive”.

Attenzione - Art. 7 - Diritto di Recesso: L’Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 gg. dalla Data di decorrenza dello stesso, anche in caso di collocamento avvenuto interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, recandosi presso la filiale della Contraente e compilando il Modulo di recesso. Oppure potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo A/R a: Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona. Nel caso di recesso esercitato entro 30 gg. dalla data di Decorrenza, la Compagnia procederà, entro 30 gg. dal ricevimento del recesso, al rimborso del premio corrisposto relativamente all’Aderente, senza alcun onere a carico di quest’ultimo. Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ai 30 gg. ed entro 60 gg. dalla data di Decorrenza, la Compagnia procederà, entro 30 gg. dalla data di ricevimento del recesso, al rimborso del premio corrisposto all’Aderente. Per la sola copertura danni dal rimborso del premio saranno trattenute le imposte versate.

Luogo e Data

FIRMA ADERENTE _____

FIRMA ASSICURATO _____

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

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

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

Luogo e Data

FIRMA INTERMEDIARIO _____

Fac - Simile

VERA Protezione

DISTRIBUITO DA BANCO BPM

NOME	COGNOME		
ENTE	FILIALI	COLLOCATORE	CODICE PRODOTTO
NUMERO DI PRATICA			

AVVERTENZA

Per poter aderire all'assicurazione collettiva, all'Assicurato è richiesto di rispondere al presente Questionario Medico. Si avverte l'Assicurato che:

a) le Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c;
b) prima della sottoscrizione del Questionario Medico, è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese nel Questionario Medico;
c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a carico dell'Assicurato stesso. L'Assicuratore si riserva il diritto di prestare o meno le coperture assicurative previo esame della documentazione sanitaria prodotta dall'Assicurato.

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

QUESTIONARIO MEDICO

A. Ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subìto interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?	SI	NO
1. Malattie cardiovascolari Ipertensione arteriosa grave (con valori pressori superiori a 140/90 nonostante l'eventuale trattamento farmacologico in corso), infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi coronarica, trombosi profonda, scompenso cardiaco, cardiomiopatie, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, vasculopatia, aritmia cardiaca grave e tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici.		
2. Malattie del sistema nervoso centrale e periferico Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, danni cerebrali permanenti, aneurisma, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, depressione grave in trattamento farmacologico continuo e schizofrenia.		
3. Neoplasie maligne Cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno, compresi leucemie, neoplasie atipiche incluse cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale, linfomi, mielomi.		
4. Malattie dell'apparato digerente e uro-genitale Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica, cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica, gastroduodenite, esofago di Barret, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa.		
5. Malattie dell'apparato respiratorio Qualsiasi malattia polmonare cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma, sarcoidosi e enfisema ad esclusione di asma lieve nel caso in cui sia trattata solo con l'uso intermittente di un broncodilatatore ad azione rapida.		
6. Malattie dismetaboliche, immunopatologiche, congenite/ereditarie, del sangue ▪ HIV, qualsiasi altra malattia immunopatologica e patologie correlate; ▪ Diabete, tale da richiedere trattamento farmacologico; ▪ Malattie della tiroide con trattamento farmacologico non compensato, noduli tiroidei; ▪ Malattie o malformazioni congenite/ereditarie tali da richiedere un trattamento continuativo e/o periodico: idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi; ▪ Trombocitemia, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, trompocitopenida idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amoloidosi, ipersplenismo, emofilie.		

Fac Simile

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

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

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

Il Sottoscritto Assicurato dichiara per l'efficacia delle garanzie:

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

LUOGO E DATA

FIRMA ASSICURATO

- Simile

Vera Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 63.500.000,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Impr. di VR n. 01979370036 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 Albo Imprese presso IVASS n. 1.00151 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.
www.veraassicurazioni.it

Vera Protezione S.p.A.
Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 47.500.000,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 26 Albo Imprese presso IVASS n. 1.00171 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009.
www.veraassicurazioni.it