

Condizioni di Contrattuali
Polizza Collettiva di Assicurazione
n°10025075

Inabilità Temporanea Totale
Perdita di impiego
Ricovero Ospedaliero

Protezione del Piano UNIPLAN BONUS

CreditRas Vita S.p.A.

Polizza Collettiva n°10025075 – VersDic2010 - Pagina 1 di 10



CreditRas Assicurazioni S.p.A.
Sede legale
Corso Italia, 23 - 20122 Milano
Telefono +39 02 7216.1
Fax +39 02 7216.4032
www.creditrasassicurazioni.it

CF, P. IVA e Registro imprese
di Milano n. 08965220158
Capitale sociale deliberato
euro 20.000.000
Capitale sociale versato euro 12.000.000
Iscritta all'Albo imprese
di assicurazione n. 1.00088

Società appartenente al gruppo
assicurativo Allianz, iscritto
all'Albo gruppi assicurativi n. 018
Soggetta alla direzione
e coordinamento di Allianz S.p.A.

GLOSSARIO

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè i clienti del Contraente che rivestono la qualifica di contraente in UNIPLAN BONUS;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Contraente

il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa per conto degli Assicurati e cioè CreditRas Vita S.p.A.;

Contribuzione Mensile Assicurata

l'importo pari alla rata mensile del premio annuo ricorrente pattuito nella UNIPLAN BONUS relativamente alla quale l'Assicurato riveste la qualifica di contraente, con il massimo di € 250,00; in caso di rateazione del premio annuale, si tiene conto della rata mensile equivalente;

Disoccupazione

la posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un Lavoratore Dipendente Privato che:

- a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; e
- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o percepisca un'indennità derivante da trattamento di "mobilità" e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro;

Impresa

CreditRas Assicurazioni S.p.A., con Sede in Corso Italia, 23 – 20122 Milano (Italia);

Inabilità Temporanea Totale

la perdita temporanea ed in misura totale della capacità ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa;

Indennizzo o Indennità

la somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro;

Infortunio

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono considerati Infortunio:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;

Istituto di Cura

qualunque struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Lavoratore Autonomo

la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli artt.29, 49, 51 del D.P.R. 22 Dicembre 1986, n°917 e successive modifiche, e/o di redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), non percepisca un reddito da lavoro dipendente (così come indicato nella definizione di Lavoratore Dipendente) o di pensione.

Sono altresì considerati Lavoratori Autonomi i lavoratori, ancorché dipendenti, inquadrati in base a contratti:

- a) a tempo determinato;
- b) di lavoro a progetto;
- c) di inserimento (ex contratto di formazione lavoro);

- d) di apprendistato;
- e) di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali);
- f) di lavoro intermittente;
- g) di lavoro domestico.

Lavoratore Dipendente

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali.

Non sono considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);

Lavoratore Dipendente Pubblico

la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente presso la Pubblica Amministrazione. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L.70/1975;

Lavoratore Dipendente Privato

la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente e non rientri nella definizione di Lavoratore Dipendente Pubblico;

Non Lavoratore

la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo né Lavoratore Dipendente; sono altresì considerati Non Lavoratori i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale nonché i lavoratori dipendenti il cui contratto sia stipulato all'estero e non sia regolato dalla legge italiana;

Normale Attività Lavorativa

l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro con carattere di abitualità e prevalenza;

Perdita di Impiego

la perdita da parte della persona fisica dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato, che generi lo stato di Disoccupazione;

Periodo di Carenza

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la garanzia non è operante;

Periodo di Franchigia

il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro durante il quale l'Assicurato non ha diritto ad alcun Indennizzo;

Periodo di Riqualificazione

il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale, di Disoccupazione o di Ricovero Ospedaliero, liquidabili ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Inabilità Temporanea Totale, per Perdita d'Impiego o per Ricovero Ospedaliero;

Ricovero Ospedaliero

la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali;

Malattia

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio;

Polizza Collettiva

il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati;

Premio

la somma dovuta dal Contraente all'Impresa in relazione all'Assicurazione;

Rischio

la probabilità che si verifichi il Sinistro;

Sinistro

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

UNIPLAN BONUS

La polizza Unit Linked, che consente ai sottoscrittori del prodotto di investire i premi su uno o più Fondi Interni Assicurativi contemporaneamente, distribuita dal Contraente alla quale è abbinata la presente Assicurazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione è operante per i seguenti eventi che colpiscano l'Assicurato durante il periodo di validità dell'Assicurazione:

- I **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** – garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico;
- II **Perdita di Impiego** – garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile Lavoratore Dipendente Privato.
- III **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** – garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile Non Lavoratore;

Art.2 – Persone assicurabili

È assicurabile ciascuna persona fisica che risponda a tutti i seguenti requisiti:

- a) rivesta la qualifica di contraente in UNIPLAN BONUS;
- b) abbia età compresa tra 18 anni compiuti e 60 anni non compiuti;
- c) alla data di sottoscrizione di UNIPLAN BONUS goda di buona salute e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- d) sia residente in Italia.

Sono quindi escluse dalla presente Polizza Collettiva le persone non in possesso di tutti i sopraindicati requisiti.

Qualora risulti che per errore il Contraente abbia corrisposto all'Impresa uno o più Premi mensili relativamente ad una persona non in possesso dei requisiti di assicurabilità, l'Impresa si impegna alla restituzione al Contraente del corrispondente importo totale.

Art.3 - Decorrenza e durata dell'Assicurazione per ciascun Assicurato

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di decorrenza della UNIPLAN BONUS relativamente alla quale l'Assicurato riveste la qualifica di contraente ed ha durata pari a 5 anni anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.

L'Assicurazione cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, dalle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a) scioglimento della UNIPLAN BONUS (in caso di recesso, decesso dell'Assicurato, riscatto totale);
- b) interruzione dei pagamenti al Contraente dei premi previsti dalla UNIPLAN BONUS.
L'Assicurazione decorre nuovamente dal momento in cui vengono corrisposti al Contraente tutti i premi arretrati relativi alla UNIPLAN BONUS a patto che ciò avvenga entro:
 - 1) 18 mesi dalla decorrenza della UNIPLAN BONUS nel caso in cui il premio di prima annualità non sia ancora stato interamente versato al Contraente;
 - 2) 12 mesi dalla scadenza del primo premio non versato al Contraente nel caso in cui il premio di prima annualità sia già stato interamente versato al Contraente;
- c) compimento da parte dell'Assicurato stesso del 65esimo anno di età.

In nessun caso l'Impresa sarà obbligata a corrispondere alcun Indennizzo per Sinistri accaduti:

- 1) oltre il termine di durata dell'Assicurazione;
- 2) prima del termine di durata dell'Assicurazione, qualora il relativo Periodo di Franchigia scada dopo tale termine.

Infine, qualora un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero o Perdita di Impiego perduri oltre il termine di durata dell'Assicurazione, nulla sarà più dovuto dall'Impresa all'Assicurato in base alla presente Polizza Collettiva per il periodo successivo al suddetto termine, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un Indennizzo prima del termine e la data del termine stesso.

Art.4 – Variazione della posizione lavorativa

La posizione lavorativa dell'Assicurato potrà cambiare durante il periodo di validità dell'Assicurazione; in caso di Sinistro le garanzie operanti saranno quelle corrispondenti alla posizione lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro medesimo.

Art.5 – Cessione di UNIPLAN BONUS

Nel caso in cui nel corso della durata dell'Assicurazione avvenga la cessione della UNIPLAN BONUS ad altra persona fisica, la garanzia cesserà di operare per l'Assicurato relativo alla UNIPLAN BONUS stessa dalla data della cessione e non verrà trasferita sulla persona subentrante.

Art.6 - Esclusioni

I Infortunio

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati da:

- a) eventi accaduti prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti o conseguenze;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- c) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- d) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo, o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- f) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- g) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- h) etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- i) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- j) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- m) qualunque condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili.

II Malattia

Sono esclusi dall'Assicurazione le Malattie:

- a) che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza dell'Assicurazione e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già manifestatesi e/o diagnosticate a tale data;
- b) da intossicazioni causate da:
 - 1) abuso di alcolici;
 - 2) uso di allucinogeni;
 - 3) uso di psicofarmaci o stupefacenti a meno che sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- c) derivanti da sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- d) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- e) derivanti da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- f) derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Non sono inoltre considerati Malattia:

- g) il mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
- h) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi;
- i) l'infertilità e la sterilità;

j) il parto e l'aborto volontario non terapeutico.

III Perdita di Impiego

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Disoccupazione derivante da:

- a) dimissioni;
- b) licenziamento dovuto a "giusta causa";
- c) licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- d) licenziamento tra congiunti, anche ascendenti o discendenti;
- e) licenziamento a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- f) risoluzione del rapporto di lavoro, anche consensuale, avvenuta a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- g) messa in "mobilità" del Lavoratore Dipendente Privato che, nell'arco del periodo di "mobilità" stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione i casi di Disoccupazione quando:

- h) alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- i) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente 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;
- j) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, di inserimento, apprendistato, ecc.) o della interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto";
- k) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di "mobilità";
- l) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia;
- m) l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana.

Art.7 – Indennizzo – Limite di Indennizzo

I Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

Qualora l'Inabilità Temporanea Totale perduri oltre il Periodo di Franchigia, l'Impresa corrisponderà, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale successivi al termine del Periodo di Franchigia, un Indennizzo mensile di importo pari alla Contribuzione Mensile Assicurata, con il massimo di € 250,00.

II Perdita di Impiego

Qualora la Disoccupazione perduri oltre il Periodo di Franchigia, l'Impresa corrisponderà, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione successivi al termine del Periodo di Franchigia, un Indennizzo mensile di importo pari alla Contribuzione Mensile Assicurata, con il massimo di € 250,00.

III Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia, alla scadenza di tale periodo l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla Contribuzione Mensile Assicurata, con il massimo di € 250,00; successivamente, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero successivi al termine del Periodo di Franchigia, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo mensile di importo pari alla Contribuzione Mensile Assicurata, con il massimo di € 250,00.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato:

- a) un Indennizzo mensile di importo maggiore di € 250,00 anche in caso di più polizze UNIPLAN BONUS esistenti in capo al medesimo Assicurato;
- b) più di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e più di 24 Indennizzi mensili complessivamente per l'intera durata dell'Assicurazione.

Art.8 – Periodo di Franchigia - Periodo di Carenza

I Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

Periodo di Franchigia 60 giorni.

Periodo di Carenza 30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora l'Inabilità Temporanea Totale insorga quindi entro trenta giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo.

II Perdita di Impiego

Periodo di Franchigia 60 giorni.

Periodo di Carenza 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora la Perdita di Impiego avvenga quindi entro novanta giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo.

III Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

Periodo di Franchigia 7 giorni.

Periodo di Carenza 30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora il Ricovero Ospedaliero avvenga quindi entro trenta giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo.

Art.9 - Denunce successive

I Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

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

II Perdita di Impiego

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente di Ente Privato ed abbia superato il periodo di prova.

III Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 30 giorni consecutivi ovvero di 180 giorni consecutivi se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Art.10 – Ricorso all'arbitrato

In caso di eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità e/o la quantificazione dell'Indennizzo relativamente a Sinistri di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero, ciascuna delle parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro.

Resta sin d'ora inteso che la città, sede di svolgimento dell'arbitrato, sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art.11 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.

Art.12 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 60 giorni dalla data di accadimento del Sinistro stesso, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.

La denuncia di Sinistro deve essere fatta utilizzando l'apposito modulo disponibile presso lo sportello bancario, ove è stata collocata la UNIPLAN BONUS relativamente alla quale l'Assicurato riveste la qualifica di contraente.

Alla denuncia di Sinistro deve essere allegata la copia di un documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita e la seguente documentazione:

I Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

- a) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale;
- b) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

II Perdita di Impiego

- a) copia della scheda professionale;
- b) copia della lettera di licenziamento;
- c) copia di un documento comprovante l'iscrizione all'elenco anagrafico con lo stato di disoccupato, o alle liste di "mobilità" regionali;
- d) attestazione del ricevimento delle indennità di disoccupazione, di "mobilità".

III Ricovero Ospedaliero

- a) autocertificazione sullo stato di Non Lavoratore al momento del Sinistro;
- b) certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica;
- c) i successivi certificati di Ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).

Una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale, per Disoccupazione o per Ricovero Ospedaliero, qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti, a compilare ed inviare all'Impresa il modulo di continuazione del Sinistro.

Il modulo di continuazione del Sinistro deve essere inviato all'Impresa mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro ed è disponibile presso lo sportello bancario ove è stata collocata la UNIPLAN BONUS relativamente alla quale l'Assicurato riveste la qualifica di contraente.

L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire all'Impresa di svolgere, anche tramite persone di fiducia dell'Impresa stessa, le indagini e gli accertamenti necessari nonché, ove richiesti, si impegnano ad autorizzare il medico curante o il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'Assicurazione.

Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

Il Contraente deve fornire all'Impresa tutte le informazioni e i documenti necessari per l'accertamento del danno.

Art.13 - Pagamento dell'Indennizzo

L'Impresa provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro trenta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'Indennizzo.

Art.14 - Dichiarazioni inesatte e reticenti

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, a meno che non siano state commesse in buona fede dal contraente o dall'Assicurato stesso.

Art.15 – Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte del Contraente o dell'Assicurato, con riferimento alla presente Polizza Collettiva, dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte dell'Impresa saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

Art.16 – Prova

È a carico di chi domanda l'Indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini della Polizza Collettiva.

Art.17 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che le coperture assicurative prestate dall'Impresa con la presente Polizza Collettiva possono cumularsi con altre coperture assicurative contratte dall'Assicurato.

Art.18 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.19 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art.20 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art.21 - Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla presente Polizza Collettiva.

Art.22 - Informazioni relative all'Impresa

L'impresa assicuratrice è CreditRas Assicurazioni S.p.A., avente Sede legale in Corso Italia, 23 – 20122 Milano (Italia). Iscritta all'Albo imprese di assicurazione n°1.00088. Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n°018. Soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.

Art.23 - Legislazione applicabile

La legislazione applicabile alla presente Polizza Collettiva è quella italiana.

Art.24 - Prescrizione dei diritti

Ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile, i diritti dell'Assicurato derivanti dalla presente Polizza Collettiva si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art.25 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a:

CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Servizio Clienti - Corso Italia n. 23, 20122 Milano – Numero Verde 800116633 - Fax 02 72162588– Indirizzo e.mail:
info_creditras@allianz.it.

Qualora il contraente/assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

ISVAP

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42.133.745 – 06.42.133.353, Tel. 06.42.133.000, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria e di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente/assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo e ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il contraente/assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), oppure, se il contraente/assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'Isvap che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al contraente/assicurato stesso.