

Creditor Protection Mutui Privati Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori

Nel presente documento sono contenuti:

- Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (Dip Vita) e per i prodotti assicurativi danni (Dip Danni)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (Dip aggiuntivo Multirischi)
- Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente quanto riportato all'interno del presente documento

Edizione: 18/02/2019 – Ultimo aggiornamento: 18/02/2019

Assicurazione Temporanea Caso Morte

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

Impresa CreditRas Vita S.p.A., Gruppo Allianz
Prodotto "Creditor Protection Mutui Privati UniCredit"

Data di realizzazione 18/02/2019 – Il presente 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 un contratto di assicurazione Vita in forma collettiva ad adesione facoltativa, destinato a persone fisiche intestatarie o cointestatarie di un Mutuo erogato da UniCredit S.p.A. che intendano tutelarsi per il caso di decesso. La presente Assicurazione Vita può essere stipulata solo in fase di erogazione del Mutuo e l'adesione a questa Assicurazione Vita è subordinata alla contestuale adesione alla collegata Assicurazione Danni in forma collettiva, commercializzata da CreditRas Assicurazioni S.p.A. riservata alla specifica categoria di Lavoratore di appartenenza dell'Assicurato.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Il contratto fornisce una copertura assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato, durante il periodo di validità dell'Assicurazione e senza alcun limite territoriale.

A seguito del decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità dell'Assicurazione, coincidente con la durata del Finanziamento, è prevista la liquidazione della prestazione assicurata in caso di decesso agli aventi causa.

L'Assicurazione è prestata entro i limiti del capitale assicurato per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi



Che cosa NON è assicurato?

Il presente contratto di assicurazione Vita non fornisce coperture assicurative diverse dal caso di decesso dell'Assicurato.

Non sono assicurabili le persone che:

- alla data di erogazione del Mutuo siano di età inferiore a 18 anni o maggiore di 70 anni compiuti;
- alla data di scadenza del Mutuo risultino di età maggiore di 75 anni compiuti;
- abbiano stipulato un Mutuo erogato dal Contraente di durata superiore a 480 mesi;
- non siano residenti in Italia;
- a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico e/o del Rapporto di Visita Medica per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa, siano state ritenute non assicurabili.



Ci sono limiti di copertura

Sì, sono presenti esclusioni per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi.



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.



Che obblighi ho?

Fornire all'Impresa informazioni veritiere e non reticenti riguardo le circostanze originarie o sopravvenute che influiscono sulla valutazione del rischio, con particolare riguardo alle risposte rese per la compilazione del Questionario Medico e/o Rapporto di Visita Medica, inerenti al proprio stato di salute.

In caso di decesso dell'Assicurato gli aventi causa devono denunciare tempestivamente l'evento per iscritto all'Impresa, allegando la documentazione richiesta per la definizione del sinistro.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è determinato in base al tasso mensile della copertura prestata, moltiplicato per la durata, l'importo richiesto e la percentuale di copertura del Mutuo e deve essere corrisposto in forma unica ed anticipata. Sottoscrivendo il Modulo di Adesione, l'Assicurato autorizzerà la Banca ad addebitare il Premio sul proprio conto corrente.

Il Premio di polizza è finanziato dalla Banca contestualmente all'erogazione del Mutuo ed è comprensivo dell'importo che sarà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Esaurite le formalità di valutazione dell'adeguatezza del prodotto e dell'assumibilità del rischio a seguito valutazione dello stato di salute; l'adesione alla polizza si conclude con la sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato e si perfeziona al momento del pagamento del premio.

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo e termina alla data di scadenza del Mutuo stesso.

La copertura termina prima della suddetta scadenza solo ed esclusivamente in caso di:

- recesso per ripensamento;
- estinzione totale anticipata del Mutuo;
- accollo del Mutuo da parte di Terzi;
- trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga;
- liquidazione degli Indennizzi per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% pestata dall'Assicurazione Danni collegata;
- Liquidazione dell'indennizzo per decesso dell'Assicurato.

Alla scadenza della copertura assicurativa non è prevista la facoltà di rinnovo.



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

La proposta è da intendersi revocata se il Mutuo richiesto dall'Assicurato non viene erogato entro 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

L'Assicurato può recedere per ripensamento dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale della Banca Contraente ove è stato acceso il Mutuo, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

la prestazione assicurativa della presente polizza è limitata alla sola garanzia Temporanea Caso Morte. Non è previsto pertanto alla scadenza di polizza il riscatto di alcun capitale né sono ammessi riscatti parziali.

Assicurazione contro i danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

CreditRas
ASSICURAZIONI SPA

Compagnia:
CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Creditor Protection Mutui Privati per Lavoratori
Autonomi, Dipendenti Pubblici e Non Lavoratori

Data aggiornamento 18/02/2019

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

Che tipo di assicurazione è?

È un contratto di assicurazione danni in forma collettiva ad adesione facoltativa che copre l'Assicurato, titolare di un Mutuo erogato da UniCredit S.p.A., dai rischi di Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia e Malattia grave. L'adesione a questa Assicurazione danni è subordinata all'adesione alla collegata Assicurazione vita in forma collettiva, proposta da CreditRas Vita S.p.A., che copre l'Assicurato dal rischio di decesso.



Che cosa è assicurato?

- ✓ L'Invalidità Permanente Totale, di grado pari o superiore al 60%, derivante da Malattia o da Infortunio subiti dall'Assicurato nell'esercizio della propria attività professionale principale e/o secondaria o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, purché inerente alla vita comune e di relazione.
- ✓ Il Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato derivante da Infortunio o Malattia, la copertura garantisce il pagamento di un Indennizzo pari alla rata mensile del Finanziamento qualora durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da ricovero ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia.
- ✓ La Malattia Grave, la garanzia prevede il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Malattia Grave.

L'Assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi.



Che cosa non è assicurato

Non sono assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone che:

- ✗ alla data di adesione alla polizza non rientrino nella definizione di Assicurato, così come definita nel Glossario;
- ✗ alla data di stipula del Mutuo siano di età inferiore a diciotto anni o maggiore di settanta anni compiuti;
- ✗ alla data di scadenza del Mutuo risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;
- ✗ abbiano stipulato un Mutuo erogato dal Contraente di durata superiore a 480 (quattrocentottanta) mesi;
- ✗ non siano residenti in Italia;
- ✗ a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico e/o del Rapporto di Visita Medica per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa, siano state ritenute non assicurabili.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo, periodi di carenza per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo



Che obblighi ho?

In sede di sottoscrizione del contratto l'Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle esigenze assicurative e dell'adeguatezza, il Questionario Medico e il Modulo di Adesione, nonché corrispondere il Premio dovuto. L'Assicurato è tenuto a fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

Comunicare tempestivamente all'Impresa di Assicurazione la variazione dello stato lavorativo.

In caso di Sinistro, l'occorrenza del Sinistro deve essere comunicata nel più breve tempo possibile all'Impresa, tramite richiesta scritta, anche utilizzando la modulistica disponibile presso la Banca.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è determinato in base al tasso mensile della garanzia prestata moltiplicato per la durata, per l'importo richiesto del Mutuo e per la percentuale di copertura scelta e deve essere corrisposto in forma unica ed anticipata, mediante addebito su conto corrente intrattenuto presso UniCredit S.p.A. Sottoscrivendo il Modulo di Adesione, l'Assicurato autorizzerà la Banca ad addebitare il Premio sul proprio conto corrente. Il Premio di polizza è finanziato dalla Banca contestualmente all'erogazione del Mutuo. Il Premio è comprensivo delle imposte e dell'importo che sarà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo e termina alla data di scadenza del Mutuo stesso.

La copertura termina prima della suddetta scadenza solo ed esclusivamente in caso di:

- recesso per ripensamento o recesso dell'Assicurato in relazione alla durata poliennale della polizza,, estinzione totale anticipata del Mutuo, accollo del Mutuo da parte di Terzi, trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga, variazione dello status lavorativo dell'Assicurato;
- liquidazione degli Indennizzi per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% o per decesso dell'Assicurato.



Come posso disdire la polizza?

Il solo Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, con un preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità. In entrambi i casi, l'Assicurato dovrà esercitare il recesso tramite la compilazione dell'apposito modulo presso la filiale della Banca presso cui è stato acceso il Mutuo, oppure tramite comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Assicurazione Creditor Protection

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

Impresa CreditRas Assicurazioni S.p.A. e CreditRas Vita S.p.A, Gruppo Allianz

Prodotto "Creditor Protection Mutui Privati per Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici,
Non Lavoratori"

Data di realizzazione: 18/02/2019 - Il presente 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 l'Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

CreditRas Vita S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00121- Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n.018 – Soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri, n. civico 3; CAP 20145; città Milano (MI); tel. 800 11 66 33; sito internet: www.creditravita.it; e-mail: info@creditravita.it; PEC: creditravita@pec.allianz.it.

CreditRas Vita S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 259 del 16/05/1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 121 del 25/05/1996.

CreditRas Vita S.p.A. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da Allianz S.p.A. e UniCredit S.p.A.. CreditRas Vita S.p.A., pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dei principi contabili vigenti:

- Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 474 milioni di euro.
- La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 112 milioni di euro.
- La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 338 milioni di euro.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria (SFCR) di CreditRas Vita S.p.A. è disponibile sul Sito della Compagnia all'Indirizzo <http://www.creditrasvita.it/creditravita/chi-siamo/report-SFCR>.

Si riportano di seguito gli importi espressi in migliaia di euro relativi:

- al Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a €483.189;
- al Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a € 221.935;
- ai Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a € 1.016.771;
- ai Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a € 1.016.771;
- al valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 206%.

CreditRas Assicurazioni S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 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., Piazza Tre Torri, n. civico 3; CAP 20145; città Milano (MI); tel. 800 11 66 33; sito internet: www.creditrasassicurazioni.it; e-mail: info_creditrass@allianz.it; PEC: creditrassassicurazioni@pec.allianz.it.

CreditRas Assicurazioni S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale 19.03.1990, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31.03.1990.

CreditRas Assicurazioni S.p.A. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da **Allianz S.p.A.** e **UniCredit S.p.A.**

CreditRas Assicurazioni S.p.A., pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dei principi contabili vigenti:

- Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 90,3 milioni di euro.
- La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 52 milioni di euro.
- La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 38,3 milioni di euro.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria (SFCR) di **CreditRas Assicurazioni S.p.A.** è disponibile sul Sito della Compagnia all'Indirizzo <http://www.creditrasassicurazioni.it/creditrasassicurazioni/chi-siamo/report-SFCR>.

Si riportano di seguito gli importi espressi in migliaia di euro relativi:

- al Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a € 78.564;
- al Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a € 21.308;
- ai Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a € 148.894;
- ai Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a € 148.894;
- al valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 190%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Polizza Vita

Fermo il limite massimo di euro 520.000,00 (cinquecento ventimila), la somma assicurata per il Caso Morte è variabile nel tempo e corrisponde inizialmente all'Importo erogato per il Mutuo sottoscritto dall'Assicurato.

Successivamente la somma assicurata decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Mutuo erogato.

Polizza Danni

L'ampiezza dell'Impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con la Banca contraente.

La garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da Infortunio o Malattia opera anche per i seguenti infortuni:

1. asfissia di origine non morbosa;
2. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
3. avvelenamento del sangue e l'infezione sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
4. annegamento, assideramento o congelamento;
5. colpi di sole o di calore;
6. folgorazione;
7. lesioni muscolari determinate da sforzo, intendendosi per sforzo il dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato;
8. lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria; le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Per la garanzia Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o malattia non vi sono ulteriori informazioni rispetto quelle fornite nel DIP Danni.

La Garanzia Malattia Grave opera nell'ipotesi di Malattia Grave intesa come segue:

- a) **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II, III e IV stadio di Clarcke, il sarcoma di Kaposi;
- b) **Cardiopatia Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare,** nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronario;

- c) **Infarto Miocardico:** evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi è formulata in base ai seguenti criteri:
- storia del dolore cardiaco tipico;
 - comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
 - modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) **Ictus cerebrale:** Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;
- e) **Insufficienza renale:** Malattia renale irreversibile in dialisi cronica
- f) **Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi:** cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;
- g) Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Polizza Vita Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita
	Polizza Danni Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Danni



Ci sono limiti di copertura?

Polizza Vita

la somma massima assicurabile per singolo Assicurato è pari a € 520.000,00 (cinquecentoventimila).

Qualora sussistano in capo all'Assicurato medesimo più adesioni alla presente Polizza Collettiva o alle sue precedenti edizioni, l'Indennizzo massimo complessivo riconosciuto all'Assicurato non potrà essere superiore a € 520.000,00 (cinquecentoventimila).

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con l'indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da Infortunio o Malattia o con quello per Malattia Grave prestato dalla collegata Polizza Collettiva Danni.

È escluso dall'Assicurazione il decesso causato da:

- a) infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- d) dolo dei Beneficiari;
- e) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- f) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- g) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- h) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- i) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- j) pratica da parte dell'Assicurato di paracadutismo, sport aerei in genere;
- k) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi.

- m) 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.).

Polizza Danni

Garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% derivante da infortunio o Malattia

Per la garanzia **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% derivante da infortunio o Malattia** la somma massima assicurabile per singolo Assicurato è pari a € 520.000,00 (cinquecento ventimila).

Qualora sussistano in capo all'Assicurato medesimo più adesioni alla presente Polizza Collettiva o alle sue precedenti edizioni, l'Indennizzo massimo complessivo riconosciuto all'Assicurato non potrà essere superiore a € 520.000,00 (cinquecento ventimila).

L'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da Infortunio o Malattia non può cumularsi con l'indennizzo per decesso dell'Assicurato derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita.

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% causati o derivanti da:

- a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- d) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- f) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- i) pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- m) 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.);
- n) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le 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;
- o) cure dimagranti e dietetiche.
 1. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti da:
 2. Ernie;
 3. Infarti da qualsiasi causa determinati;
 4. subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
 5. infertilità e sterilità

Garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o malattia

La garanzia **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**, prevede per ciascun Assicurato l'indennizzo di un numero massimo di 36 (trentasei) rate mensili del Mutuo per tutta la durata dell'Assicurazione con i seguenti limiti:

- un massimo 12 (dodici) rate consecutive indennizzabili per ciascun sinistro;

- importo massimo indennizzabile per ciascuna rata mensile pari a € 2.000,00 (duemila), tale limite si deve intendere come complessivo anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

L'Indennizzo per **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per **Malattia Grave** relativamente allo stesso periodo temporale.

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero causati o derivanti da:

- infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- a) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- c) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- d) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- e) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- f) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- g) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- h) pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- i) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- j) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- k) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- l) 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.);
- m) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- n) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le 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;
- o) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
- p) Cure dimagranti e dietetiche;

Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti da:

1. Ernie;
2. Infarti da qualsiasi causa determinati;
3. subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
4. infertilità e sterilità.

Per la **garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** è previsto un periodo di **Franchigia di 7 (sette) giorni**, pertanto se il sinistro ha durata inferiore al periodo di franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun indennizzo.

Garanzia Malattia Grave

La garanzia **Malattia Grave** prevede per ciascun Assicurato un indennizzo massimo pari a 10 (dieci) rate mensili pagate in unica soluzione, con il limite per ciascuna rata mensile di € 2.000,00 (duemila).

L'Indennizzo per **Malattia Grave** non può cumularsi con altro eventuale indennizzo ricevuto per **Ricovero Ospedaliero da Infortunio e malattia** nello stesso periodo temporale.

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Malattia Grave causati o derivanti da:

- a) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;

- b) 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.);
- c) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le 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;
- d) cure dimagranti e dietetiche;
- e) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa Fare in caso di Sinistro

Denuncia di sinistro Polizza Vita

In caso di decesso dell'Assicurato gli aventi causa devono denunciare tempestivamente l'evento per iscritto all'Impresa, allegando la seguente documentazione:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso;
- copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro.

La denuncia può essere fatta anche utilizzando il Modulo predisposto dall'Impresa contenente l'elenco dei documenti da trasmettere all'Impresa per la definizione del sinistro.

Il Modulo di Denuncia è disponibile presso la filiale della Banca dove è stato stipulato il Mutuo o richiedibile all'Impresa telefonando al numero telefonico 02.7216.7700.

In presenza di particolari esigenze istruttorie l'Impresa si riserva inoltre la facoltà di richiedere ulteriore documentazione inerente al decesso dell'Assicurato.

Per sinistri accaduti fuori dai confini dell'Italia, la documentazione sanitaria prodotta deve essere certificata da un medico italiano.

Denuncia di sinistro Polizza Danni

In caso di sinistro l'Assicurato o altro soggetto che agisce per conto dell'Assicurato, deve denunciare tempestivamente l'evento per iscritto all'Impresa.

La denuncia può essere fatta anche utilizzando il Modulo predisposto dall'Impresa contenente l'elenco dei documenti da trasmettere all'Impresa per la definizione del sinistro.

Il Modulo di Denuncia è disponibile presso la filiale della Banca dove è stato stipulato il Mutuo o richiedibile all'Impresa telefonando al numero telefonico 02.7216.7700.

In presenza di particolari esigenze istruttorie l'Impresa si riserva inoltre la facoltà di richiedere ulteriore documentazione inerente il sinistro denunciato dall'Assicurato.

Per sinistri accaduti fuori dai confini dell'Italia, la documentazione sanitaria prodotta deve essere certificata da un medico italiano.

Prescrizione polizza Vita

Ai sensi dell'art. 2952 codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Si richiama l'attenzione del contraente sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta di liquidazione entro detti termini, anche avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni (obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie).

Prescrizione polizza Danni

I diritti derivanti dai Contratti di assicurazione danni si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano (l'Art. 2952 del Codice Civile).

Decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal Contratto di Assicurazione.


Liquidazione della prestazione della polizza Vita

L'Impresa ha l'obbligo di provvedere al pagamento della Prestazione assicurata, qualora indennizzabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria per la liquidazione del sinistro.

Liquidazione della prestazione della polizza Danni

L'Impresa ha l'obbligo di provvedere al pagamento della Prestazione assicurata, qualora indennizzabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione dell'accettazione dell'Indennizzo

	da parte dell'Assicurato.
	Gestione da parte di altre imprese: I sinistri relativi alle garanzie della polizza Danni sono gestiti da: ALLIANZ S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano
	Assistenza diretta / in convenzione: Garanzia Non Presente nella polizza collettiva.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	In sede di sottoscrizione del contratto l'Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle esigenze assicurative e dell'adeguatezza e il Modulo di Adesione ; l'Assicurato deve inoltre compilare e sottoscrivere il Questionario Medico e/o il Rapporto di Visita Medica . l'Assicurato è tenuto a fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in quanto dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione Assicurata o la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Polizza Vita e Polizza Danni</p> <p>Il Premio, finanziato dalla Banca, è unico e anticipato per l'intera durata della copertura assicurativa ed è pagato per il tramite della Banca che addebiterà il premio direttamente sul conto corrente dell'Assicurato.</p> <p>Il Premio addebitato è comprensivo delle imposte di legge se previste e dell'importo trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.</p>
Rimborso	<p>Polizza Vita</p> <p>Il rimborso del premio, Finanziato dalla Banca, è previsto per i seguenti casi:</p> <p>a) Recesso per ripensamento esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione.</p> <p>l'Assicurato avrà diritto al rimborso dell'intero premio pagato. L'importo rimborsabile sarà utilizzato dalla Banca per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.</p> <p>b) Estinzione del Mutuo per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estinzione anticipata del Mutuo rispetto la Data di scadenza; ▪ accollo del Mutuo da parte di terzi; ▪ trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo; ▪ estinzione parziale del Mutuo. <p>l'Assicurato avrà diritto a ottenere il rimborso totale o parziale della quota parte di premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto. Il rimborso sarà riconosciuto all'Assicurato per il tramite della Banca, mediante accredito sul conto corrente dell'Assicurato stesso.</p> <p>Polizza Danni</p> <p>Il rimborso del premio, Finanziato dalla Banca, è previsto per i seguenti casi:</p> <p>a) Recesso per ripensamento esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione.</p> <p>l'Assicurato avrà diritto al rimborso dell'intero premio pagato (comprensivo dell'imposta). L'importo rimborsabile sarà utilizzato dalla Banca per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.</p> <p>b) recesso dell'Assicurato in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione;</p> <p>l'Assicurato avrà diritto a ottenere il rimborso della quota parte di premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto dell'imposta. L'importo rimborsabile sarà utilizzato dalla Banca per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.</p> <p>c) Estinzione del Mutuo per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estinzione anticipata del Mutuo rispetto la Data di scadenza; ▪ accollo del Mutuo da parte di terzi;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo; ▪ variazione dello stato lavorativo; ▪ estinzione parziale del Mutuo. <p>l'Assicurato avrà diritto a ottenere il rimborso totale o parziale della quota parte di premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto dell'imposta. Il rimborso sarà riconosciuto all'Assicurato per il tramite delle Banca, mediante accredito sul conto corrente dell'Assicurato stesso.</p>
Sconti	Polizza Vita e Polizza Danni: Non sono applicati sconti nemmeno in ragione della durata poliennale delle polizze.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Polizza Vita Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita</p> <p>Polizza Danni La decorrenza delle coperture assicurative coincide con la data di erogazione del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato. Tuttavia per le seguenti garanzie l'efficacia della copertura assicurativa decorre dallo scadere dei seguenti periodi di carenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 60 (SESSANTA) giorni dalla data di decorrenza per la garanzia RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA; ▪ 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza per la garanzia di MALATTIA GRAVE. <p>Pertanto nessun sinistro relativo alle suddette garanzie accaduto prima dello scadere dei suddetti termini sarà indennizzabile.</p> <p>La scadenza delle coperture assicurative coincide con la data di scadenza del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato. Alla scadenza delle coperture assicurative non è prevista la facoltà di rinnovo.</p>
Sospensione	Polizza Vita e Polizza danni: Non è prevista la facoltà in capo all'Assicurato di sospendere l'Assicurazione.



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

Revoca	Polizza Vita e Polizza Danni: Per i Mutui in fase di erogazione, la proposta si intende revocata se trascorsi 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato il Mutuo richiesto non è stato ancora erogato dalla Banca.
Recesso	<p>Polizza Vita e Polizza Danni: L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione per ripensamento entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Fermi i suddetti termini, il recesso per ripensamento può essere esercitato direttamente presso la filiale della Banca dove è stato acceso il Mutuo sottoscrivendo l'apposito modulo di richiesta, oppure mediante comunicazione scritta da inviarsi tramite raccomandata con ricevuta di ritorno sempre alla filiale di cui sopra.</p> <p>Il rimborso del premio pagato comprensivo delle imposte se previste, sarà riconosciuto entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione del recesso per il tramite della Banca Contraente con la riduzione in pari misura del debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.</p> <p>Polizza Danni È prevista per l'Assicurato la facoltà di recedere anticipatamente dalla Polizza Danni in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione (art. 1899 c.c.) con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto la data di scadenza annuale ricorrente.</p> <p>Fermi i suddetti termini, il recesso può essere esercitato direttamente presso la filiale della Banca dove è stato acceso il mutuo sottoscrivendo l'apposito modulo di richiesta, oppure mediante comunicazione scritta da inviarsi tramite raccomandata con ricevuta di ritorno sempre alla filiale di cui sopra.</p> <p>Il rimborso della quota parte di premio pagato e non goduto al netto delle imposte, sarà riconosciuto, entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione del recesso per il tramite della Banca Contraente con la riduzione in pari misura del debito dell'Assicurato in</p>

	relazione al Mutuo.
Risoluzione	Polizza Vita Il Premio della garanzia TCM (temporanea Caso Morte) è unico e anticipato per tutta la durata della copertura assicurativa, pertanto non è prevista per l'Assicurato la facoltà di recedere dalla Polizza Vita prima della sua naturale scadenza.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a Persone Fisiche a cui sia stato erogato un Mutuo da UniCredit e che intendano coprirsi in caso di particolari eventi che potrebbero pregiudicare o rendere più difficoltoso il pagamento del debito residuo o delle rate in scadenza.

Per aderire alle polizze Vita e Danni è necessario che l'assicurato Persona Fisica sia residente in Italia, abbia un'età uguale o maggiore di anni 18 (al momento della stipula del Mutuo) e comunque minore di 75 anni compiuti (al momento della scadenza del Mutuo).



Quali costi devo sostenere?

Polizza Vita

I costi complessivi gravanti sulla presente polizza sono pari al 42,35% del premio di cui:

- 28,20% quale quota parte percepita dall'Intermediario;
- 14,15% quale quota parte percepita dall'Impresa per spese di acquisizione e gestione.

Restano inoltre a carico dell'Assicurato i costi degli esami eventualmente svolti per accertamenti preventivi alla compilazione del Questionario Medico e/o del Rapporto di Visita Medica e delle ulteriori ed eventuali visite mediche e/o esami diagnostici richiesti dall'Impresa per la definizione del sinistro.

Polizza Danni

I costi complessivi gravanti sulla presente polizza sono pari al 35,22% del premio imponibile, di cui:

- 23,42% quale quota parte percepita dall'intermediario;
- 11,80% quale quota parte percepita dall'Impresa per spese di acquisizione e gestione.

Restano inoltre a carico dell'Assicurato i costi degli esami eventualmente svolti per accertamenti preventivi alla compilazione del Questionario Medico e/o del Rapporto di Visita Medica e delle ulteriori ed eventuali visite mediche e/o esami diagnostici richiesti dall'Impresa per la definizione del sinistro.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita
Richiesta di informazioni	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Polizza Vita Eventuali reclami riguardanti il Contratto o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa mediante:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ posta cartacea indirizzata a: CreditRas Vita S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano –▪ e-mail: reclami@creditrsvita.it▪ fax: 02 72162735 <p>L'Impresa fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.</p> <p>Polizza Danni Eventuali reclami riguardanti il Contratto o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa mediante:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ posta cartacea indirizzata a: CreditRas Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano –▪ e-mail: reclami@creditrassicurazioni.it▪ fax: 02 72162588 <p>L'Impresa fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.</p> <p>Polizza Vita e Polizza Danni I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'Intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante. Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Compagnia in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Compagnia e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 (quarantacinque) giorni stabilito dalla vigente normativa.</p>
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec.: tutela.consumatore@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 (Obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa
Altri sistemi di risoluzione delle controversie	Per le polizze Danni in caso di sinistro, qualora le parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria. Il Luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Polizza Vita Il premio di Assicurazione della garanzia prestata non è soggetto a imposta sulle Assicurazioni. In considerazione della finalità e della natura della Polizza Collettiva destinata a Persone Fisiche che hanno stipulato un contratto di Mutuo con la Banca Contraente, l'eventuale il trattamento fiscale del premio dipende alla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento del pagamento.</p> <p>Polizza Danni Il premio di Assicurazione delle garanzie prestate con la polizza danni è soggetto a imposta sulle Assicurazioni pari al 2,50%. In considerazione della finalità e della natura della Polizza Collettiva destinata a Persone Fisiche che hanno stipulato un contratto di Mutuo con la Banca Contraente, l'eventuale il trattamento fiscale del premio dipende alla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento del pagamento.</p>
---	---

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

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



Gruppo Assicurativo Allianz 

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di Assicurazione Vita

N°3475

Creditor Protection Mutui Privati

UniCredit

ad adesione facoltativa

AVVERTENZA:

Il presente documento, composto da Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, del Fac-simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy deve essere consegnato all'Impresa prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

Edizione: 18/02/2019 – Ultimo aggiornamento: 18/02/2019

GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3475
Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 18-02-2019

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

Assicurato

il soggetto sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione e cioè la persona fisica, intestataria o cointestataria di un Mutuo erogato dal Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Beneficiario

il soggetto al quale spetta la Prestazione Assicurata in caso di decesso dell'Assicurato;

Capitale Residuo

il debito residuo in linea capitale a carico dell'Assicurato relativamente al Mutuo, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo stesso; il tutto al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;

Contraente

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

Data di scadenza del Mutuo

la data di scadenza dell'ultima rata del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento originario;

Durata del Mutuo

la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di stipula e la Data di scadenza del Mutuo, compreso eventuale periodo di preammortamento;

Importo Erogato del Mutuo

l'importo del Mutuo erogato dal Contraente all'Assicurato;

Importo Richiesto del Mutuo

l'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato al Contraente;

Impresa

CreditRas Vita S.p.A.;

Intermediario

UniCredit S.p.A., Contraente della Polizza Collettiva;

Modulo di Adesione

il documento sottoscritto dall'Assicurato mediante il quale lo stesso aderisce all'Assicurazione;

Mutuo

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato avente per oggetto la concessione all'Assicurato, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine che dovrà essere rimborsato secondo un piano di ammortamento alla francese;

Periodo di Carenza

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

Polizza Collettiva

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

Premio

la somma dovuta dall'Assicurato all'Impresa in relazione all'Assicurazione;

Prestazione Assicurata

la somma dovuta dall'Impresa al Beneficiario in caso di Sinistro;

Questionario Medico

il modulo contenente domande sullo stato di salute dell'Assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

Rapporto Visita Medica

il modulo che deve essere compilato dall'Assicurando e da un medico iscritto all'albo dei medici in Italia con domande sullo stato di salute dell'Assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

Sinistro

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3475
Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 18-02-2019

Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento della Prestazione Assicurata in caso di decesso dell'Assicurato, qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali, che dovesse verificarsi durante il periodo di validità dell'Assicurazione.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza dell'Assicurazione non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa ed il Premio pagato rimane acquisito da quest'ultima.

La Prestazione Assicurata non è cumulabile con eventuali indennizzi per invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%, corrisposti all'Assicurato ai sensi della collegata Polizza Collettiva Danni stipulata dal Contraente con CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Art.2 – Periodo di Carenza

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.3 - Esclusioni

È escluso dall'Assicurazione il decesso causato da:

- a) infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- d) dolo dei Beneficiari;
- e) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- f) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- g) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- h) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- i) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- j) pratica da parte dell'Assicurato di paracadutismo, sport aerei in genere;
- k) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- m) 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.).

Art.4 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva

L'Assicurazione di ciascun Assicurato è realizzata mediante sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, di un Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per il Contraente/Impresa).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Assicurato della contemporanea adesione anche alla collegata Polizza Collettiva Danni, stipulata dal Contraente con CreditRas Assicurazioni S.p.A.,

Ogni Modulo di Adesione dovrà risultare debitamente sottoscritto in ogni sua parte (ove previsto) e dovrà riportare obbligatoriamente i seguenti dati:

- a) numero di domanda del Mutuo;
- b) dati anagrafici dell'Assicurato;
- c) Durata del Mutuo;
- d) Importo Richiesto del Mutuo;
- e) percentuale quota di copertura assicurativa;
- f) Premio unico anticipato;
- g) costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- h) provvigioni percepite dall'Intermediario

L'Assicurato avrà facoltà di designare specificatamente i Beneficiari della Prestazione Assicurata; in tal caso dovrà risultare compilata e debitamente sottoscritta dall'Assicurato medesimo la relativa apposita sezione all'interno del Modulo di Adesione.

4.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva

Valutata preventivamente l'adeguatezza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'Assicurando, l'accesso alla copertura assicurativa è subordinato alla compilazione dei moduli (Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica) atti a valutare lo stato di salute dell'Assicurando secondo le regole definite nella tabella che segue.

Avvertenza: Nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurando più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa, l'Importo Richiesto del Mutuo da considerare ai fini dell'applicazione delle regole definite nella tabella che segue sarà pari alla somma di tutti i singoli importi richiesti relativi all'Assicurando stesso.

Importo Richiesto del Mutuo	Età alla stipula da 18 a 65 anni compiuti	Età alla stipula da 66 a 70 anni NON compiuti
Fino a € 300.000,00	A Questionario Medico	B Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000,00 Fino a € 520.000,00	B Rapporto di Visita Medica	B Rapporto di Visita Medica

Le informazioni inerenti lo stato di salute fornite all'Impresa dall'Assicurando devono corrispondere a verità ed esattezza, in caso contrario valgono le disposizioni previste dall'art. 16 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

Le spese relative alla redazione del Rapporto Visita Medica, agli esami obbligatori a esso collegati e agli eventuali accertamenti medici richiesti successivamente alla presentazione del Rapporto di Visita Medica sono a totale carico dell'Assicurando.

4.2 Valutazione dello stato di salute.

La valutazione dello stato di salute ai fini dell'assumibilità del rischio avviene secondo le seguenti modalità:

A. Questionario Medico:

Compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico, la cui valutazione da parte dell'Impresa abbia fornito esito positivo.

Una copia del Questionario Medico dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

B. Rapporto di Visita Medica:

Il Rapporto di Visita Medica debitamente compilato con gli esami obbligatori allegati, e l'eventuale documentazione integrativa, devono essere trasmessi all'Impresa dal Contraente tramite mail all'indirizzo di posta elettronica Bancass.Danni.Ass.Pol.Coll@allianz.it oppure al numero di Fax dedicato 02 72165074.

L'Impresa ricevuta tutta la documentazione di cui sopra, provvederà alla valutazione del rischio e comunicherà al Contraente per iscritto l'accettazione o il rifiuto di concedere la copertura assicurativa.

4.3 Adesione alla Polizza Collettiva

Esaurite le formalità di valutazione dell'adeguatezza del prodotto e dell'assumibilità del rischio seguito valutazione dello stato di salute, l'Assicurando per aderire alla Polizza Collettiva deve compilare e sottoscrivere in ogni sua parte il Modulo di Adesione alla Polizza (vedi copia allegata).

L'Assicurazione sarà operante nel modo seguente:

1) unico Assicurato per singolo Mutuo:

a) Assicurazione intera – la Prestazione Assicurata iniziale viene calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa pari al 100%;

2) più Assicurati cointestatari per singolo Mutuo:

a) Assicurazione intera – per ciascun Assicurato la Prestazione Assicurata iniziale viene calcolata in base ad una percentuale quota di copertura assicurativa pari al 100%;

b) Assicurazione pro quota – per ciascun Assicurato la Prestazione Assicurata iniziale viene calcolata pro quota in base ad una percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari al 100% diviso per il numero di Assicurati.

Nel caso si verifichi la mancata accettazione da parte dell'Impresa dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestatari, per i rimanenti cointestatari Assicurati l'Assicurazione opererà come sopra specificato (percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari 100% diviso per il numero di Assicurati).

3) Importo Richiesto del Mutuo maggiore di € 200.000,00:

a) Assicurazione parziale - in alternativa alle modalità di cui ai punti precedenti, la Prestazione assicurata iniziale per ciascun Assicurato può essere calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa, a scelta dell'Assicurato, compresa tra 50% e 100%.

Nel caso in cui ci siano più Assicurati cointestatari di un singolo Mutuo, ed anche se si verifica la mancata accettazione da parte dell'Impresa dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestatari, l'Assicurazione potrà operare come sopra specificato (percentuale di copertura assicurativa, a scelta dell'Assicurato, compresa tra 50% e 100%).

4.4 Operatività della Polizza Collettiva.

La polizza è da ritenersi operante esclusivamente nel caso in cui la stipula del Mutuo avvenga entro 180 (centootanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo si verifichino variazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne immediata comunicazione all'Impresa, per il tramite del Contraente al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla polizza.

In caso contrario valgono le disposizioni dell'art. 16 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

Se alla scadenza del termine di 180 (centootanta) giorni il contratto di mutuo non è stato ancora stipulato, l'adesione alla presente polizza è da ritenersi nulla.

L'Assicurato, qualora intendesse aderire nuovamente alla polizza, dovrà pertanto ripetere le formalità di ammissione (vedi articoli "Formalità di ammissione alla polizza collettiva").

Art.5 – Documentazione da consegnare all'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva

All'Assicurato dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

a) Modulo di Adesione, comprensivo dell'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;

b) set informativo.

Una copia del Modulo di Adesione comprensivo dell'Informativa privacy dovranno rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarle tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulla e quindi inoperante l'Assicurazione.

Art.6 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone che:

- a) alla data di stipula del Mutuo siano di età inferiore a diciotto anni o maggiore di settanta anni compiuti;
- b) alla Data di scadenza del Mutuo risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;
- c) abbiano stipulato un Mutuo erogato dal Contraente di Durata superiore a 480 (quattrocentottanta) mesi;
- d) non siano residenti in Italia;
- e) a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa, siano state ritenute non assicurabili.

Art.7 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione

Il Premio è corrisposto dall'Assicurato all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il pagamento da parte dell'Assicurato al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo.

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo a condizione che l'Assicurato stesso:

- a) abbia compilato e sottoscritto il Modulo di Adesione,
- b) abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa; ovvero
- c) si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa;

e sia stato pagato il relativo Premio.

Art.8 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato stesso e non potrà comunque avere durata superiore a 480 (quattrocentottanta) mesi. Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.9 – “Diritto di recesso dell'Assicurato” e 12 – “Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo, estinzione anticipata parziale” l'Assicurazione rimarrà operativa fino alla sua scadenza originaria anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.

L'Assicurazione cesserà comunque, anche prima della Data di scadenza del Mutuo e senza alcun rimborso di Premio, dalle ore 24 del giorno in cui verrà liquidato all'Assicurato un indennizzo per invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60% derivante dalla Polizza Collettiva Danni collegata alla presente Polizza Collettiva.

Art.9 – Diritto di recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'Impresa provvederà al rimborso dell'intero Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente. Il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.

Art.10 - Determinazione del Premio

Per ciascun Assicurato il Premio viene corrisposto in via anticipata e in unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione ed è determinato applicando la seguente formula.

$$P = T \times N \times I_r \times P_a$$

dove:

- P Premio unico anticipato
T tasso mensile pari a 0,01995%
N Durata del Mutuo espressa in mesi interi
I_r Importo Richiesto del Mutuo
P_a Percentuale quota di copertura assicurativa

Art.11 – Prestazione Assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità

La Prestazione Assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Erogato del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato medesimo moltiplicato per la percentuale quota di copertura assicurativa e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Mutuo stesso moltiplicato per la percentuale medesima.

La massima Prestazione assicurabile viene stabilita pari a € 520.000,00 e in nessun caso l'Impresa sarà quindi tenuta a pagare, per singola adesione, importo maggiore di tale somma.

In caso di Mutuo erogato per un importo superiore a € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa dovrà essere tale da fare risultare la Prestazione Assicurata iniziale non superiore a tale limite.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 520.000,00 anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con l'indennizzo per invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60% derivante dalla collegata Polizza Collettiva Danni. Inoltre, la Prestazione Assicurata non può cumularsi con altro eventuale Indennizzo ricevuto per malattia grave, ai sensi della collegata Polizza Collettiva Danni, relativamente allo stesso periodo temporale.

Art.12 – Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo, estinzione anticipata parziale

Nel caso di:

- a) estinzione anticipata totale del Mutuo rispetto la Data di scadenza;
 - b) accollo del mutuo da parte di terzi come previsto dall'art.1273 C.C.;
 - c) trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
- l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione totale, accollo o surroga, e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia pagato e non goduto.

Il calcolo dell'importo da rimborsare per ciascun Assicurato sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = PPU * (N-K) / N * DR / CE + H * (N-K) / N$$

dove:

R = importo da rimborsare

P = Premio unico anticipato

PPU = Premio unico anticipato puro = P – H

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

DR = Importo del Debito Residuo prima dell'estinzione anticipata totale

CE = Importo del Capitale erogato del finanziamento

K = durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi; il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata.

Esempio

Importo richiesto del Mutuo pari ad € 100.000; durata del Mutuo 240 mesi

In caso di estinzione anticipata totale del Mutuo trascorsi i primi 100 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P = € 4.788,00

Ppu = € 2.760,28

H = € 2.027,72

N = 240

K = 100

DR = € 67.704,50

CE = € 100.000,00

R = € 2.272,99

L'Impresa provvederà al rimborso del Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente che, nel solo caso di recesso, utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato medesimo in relazione al Mutuo.

L'Assicurato potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Mutuo; Tale richiesta dovrà essere formulata all'Impresa per il tramite del Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata totale, di accollo oppure di trasferimento del Mutuo.

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo, l'Assicurazione rimane operativa fino alla scadenza originaria del Mutuo per il Capitale Residuo, così come ricalcolato a seguito della suddetta estinzione anticipata parziale. L'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di premio imponibile pagato e non goduto per il tramite del Contraente. In alternativa, l'Assicurato potrà richiedere espressamente all'Impresa, di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Mutuo, come se l'estinzione anticipata parziale non fosse mai avvenuta. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata parziale del Mutuo.

Il calcolo dell'importo da rimborsare sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = [PPU * (N-K)/N * DR/CE + H * (N-K)/N] * Cap_Est/DR$$

dove:

R = importo da rimborsare

PPU = Premio unico anticipato puro

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale versato dal cliente

DR = Importo del Debito Residuo prima dell'estinzione anticipata totale

CE = Importo del Capitale erogato del finanziamento

K = durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi; il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata.

Esempio

Per un Mutuo erogato per un Importo richiesto di € 100.000 con durata di 240 mesi, in caso di estinzione anticipata parziale dopo 100 mesi, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P = € 4.788,00

Ppu = € 2.760,28

H = € 2.027,72

N = 240

K = 100

Cap_Est = € 50.000,00

DR = € 67.704,50

R = € 1.678,61

In caso di ulteriori e successive estinzioni anticipate parziali del Mutuo, per ciascuna successiva estinzione anticipata parziale, verrà utilizzato il valore del Premio imponibile e dell'importo del Capitale Erogato del Mutuo al momento dell'Estinzione Anticipata Parziale, opportunamente ricalcolati in base alle risultanze dei suddetti valori conseguenti a precedenti operazioni di estinzione anticipata parziale.

Il calcolo per la determinazione del premio riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione parziale sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$P1 = P \times \left(1 - \frac{Cap_Est}{DR}\right)$$

Il calcolo per la determinazione del capitale assicurato residuo riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione parziale sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$CE1 = CE \times \left(1 - \frac{Cap_Est}{DR}\right)$$

Il calcolo per la determinazione dei costi complessivi riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione parziale sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$H1 = H \times \left(1 - \frac{Cap_Est}{DR}\right)$$

Art.13 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.14 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di decesso dell'Assicurato, gli aventi causa devono:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa. Si segnala che presso la filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. E' possibile acquisire idonea modulistica, anche contattando l'Impresa al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire;
- b) fornire certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- c) fornire certificato medico attestante la causa del decesso;
- d) fornire copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro.

In presenza di particolari esigenze istruttorie ed al fine di integrare le risultanze già acquisite, l'Impresa si riserva inoltre di richiedere ulteriori documenti in relazione alle circostanze in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato, quali ad esempio:

- 1) relazione del medico curante ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- 2) in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio, copia di un articolo di giornale (se disponibile) che riporti le circostanze dell'accaduto e, non appena possibile, copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti.

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

Art.15 – Beneficiario - Pagamento della Prestazione Assicurata

In caso di decesso dell'Assicurato il beneficio della Prestazione Assicurata spetta agli eredi testamentari o, in mancanza, agli eredi legittimi in parti uguali oppure ai Beneficiari specificatamente designati dall'Assicurato così come indicati sul Modulo di Adesione.

In qualsiasi momento l'Assicurato può revocare o modificare tale designazione. La designazione di beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto all'Impresa o specificamente disposte per testamento facendo espresso riferimento alla presente Polizza Collettiva.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi (art.1921 del Codice Civile):

- a) dopo che il Beneficiario abbia dichiarato per iscritto all'Impresa l'accettazione del beneficio;
- b) dopo che, verificatosi l'evento previsto per la liquidazione della Prestazione Assicurata, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto all'Impresa di volersi avvalere del beneficio.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Ai sensi dell'art.1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti dell'Impresa. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

L'Impresa provvede al pagamento della Prestazione Assicurata dovuta nei confronti dei Beneficiari in un'unica soluzione entro 30 (trenta) giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa richiesta comprovante il Sinistro.

Art.16 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

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 alla Prestazione Assicurata nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.17 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa con la presente Polizza Collettiva può 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 - Rinvio alle norme di legge

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

MODULO DI ADESIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3475
Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
ad adesione facoltativa
Edizione 01/01/2019 - Data ultimo aggiornamento 01-01-2019

Dati Mutuo		
Domanda di Mutuo n° _____		
Dati Assicurato		
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Dati copertura assicurativa		
Durata del Mutuo in mesi _____		
Importo Richiesto del Mutuo € _____	Percentuale quota di copertura assicurativa _____ %	
Premio unico anticipato		
€ _____		
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
€ _____		
Provvigioni percepite dall'Intermediario		
28,20% del Premio pari a € _____		

PRENDO ATTO che UniCredit S.p.A. ("Banca") ha stipulato con CreditRas Vita S.p.A. ("CRV"), per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari del Mutuo da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3475 ("Polizza") concernente una copertura assicurativa per il caso di morte e ha stipulato con CreditRas Assicurazioni S.p.A. la Polizza Collettiva Danni n° 10025290 e n° 10025291 (concernenti coperture assicurative danni diverse secondo la tipologia di attività lavorativa) con Premio unico anticipato per tutta la durata del Mutuo.

Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di un contratto di Mutuo con la Banca medesima e l'adesione alle stesse è facoltativa. L'adesione ad una delle due Polizze Collettive comporta la contestuale adesione, da parte dell'Assicurato, anche all'altra Polizza Collettiva in quanto le due componenti vita e danni risultano inscindibili al fine di assicurare la completa copertura del bisogno di protezione dell'Assicurato.

DICHIARO di essere in possesso di tutti gli altri requisiti di assicurabilità previsti dall'Art. 6 – **Personae non assicurabili** - delle Condizioni di Assicurazione, e di aderire in qualità di Assicurato alla Polizza.

AUTORIZZO la Banca a trasmettere a CRV le informazioni, contenute nel contratto di Mutuo, necessarie per l'esecuzione della Polizza.

PRENDO ATTO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo, a condizione che a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto, oppure il Rapporto Visita Medica (ove previsto), e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente da CRV; c) sia stato pagato il relativo Premio, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del-Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario.

PRENDO ATTO che, per il caso di morte, il beneficio della Prestazione Assicurata in base alla Polizza spetta ai miei eredi testamentari o, in mancanza, legittimi, salvo quanto da me specificatamente indicato nel presente Modulo di Adesione e fatto salvo quanto disposto dagli artt.1920 e 1921 del Codice Civile.

PRENDO ATTO che la Prestazione Assicurata iniziale non può essere superiore a € 520.000,00 e quindi, in nessun caso (nemmeno qualora il Mutuo erogato sia di importo maggiore di € 520.000,00) l'Impresa sarà tenuta a pagare importo maggiore di tale somma. In caso di Mutuo erogato per un importo superiore a € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa è tale da fare risultare la Prestazione Assicurata iniziale non superiore a tale limite.

DÒ MANDATO irrevocabile alla Banca di effettuare in nome e per conto mio il pagamento del Premio a favore di CRV. Il pagamento di tale Premio da parte mia alla Banca avverrà mediante addebito su mio conto corrente intrattenuto presso la Banca medesima e autorizzo a tal fine il Contraente a finanziare l'importo del Premio, con conseguente incremento dell'importo erogato e della corrispondente rata.

Data _____ Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

DICHIARO di avere ricevuto da parte del Contraente, prima dell'adesione alla Polizza, copia integrale del **set informativo**, comprensivo del documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP Vita), del documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (Dip aggiuntivo Multirischi), delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario; del Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy - ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

Firma Assicurato _____

Agli effetti della validità della Polizza DICHIARO espressamente di:

- a) di essere consapevole che l'adesione alla presente Polizza è facoltativa;
- b) esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;
- c) aver letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel **set informativo** ricevuto;
- d) di essere consapevole che il contratto assicurativo prevede limitazioni ed esclusioni, periodi di carenza e periodi di franchigia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo;
- e) aver ricevuto e di conoscere ed accettare l'Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale.

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO E RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Ai fini dell'Assicurazione, l'Assicurato DICHIARA di aver compilato e sottoscritto il Questionario Medico preventivamente ricevuto (trattenendone copia) e/o di aver fornito il Rapporto di Visita Medica (corredato dalla relativa documentazione sanitaria integrativa richiesta) ove previsto, e che la valutazione rilasciata da CRV ha fornito esito positivo.

Firma Assicurato _____

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte di CRV, possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- prima della sottoscrizione del Questionario Medico l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute.
- l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato, preso atto dell'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali - contenuta nel presente Modulo di Adesione - acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati nonché per le finalità connesse alla conclusione ed all'esecuzione del presente contratto assicurativo.

Firma Assicurato _____

DESIGNAZIONE BENEFICIARI

DESIGNO quali Beneficiari della Prestazione Assicurata in base alla Polizza Vita, i seguenti soggetti:

DESIGNAZIONE BENEFICIARIO NOMINATO

Cognome/Ragione sociale*	Nome*	Codice Fiscale/P.IVA*
_____	_____	_____
Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico*	Città*	CAP*
_____	_____	_____
Numero di Telefono	E-mail	
_____	_____	

INDICAZIONE REFERENTE TERZO

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

Cognome/Ragione sociale*	Nome*	Codice Fiscale/P.IVA
_____	_____	_____
Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico*	Città*	CAP*
_____	_____	_____
Numero di Telefono	E-mail	
_____	_____	

DESIGNAZIONE ALTRO BENEFICIARIO NOMINATO

Cognome/Ragione sociale*	Nome*	Codice Fiscale/P.IVA*
_____	_____	_____
Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico*	Città*	CAP*
_____	_____	_____
Numero di Telefono	E-mail	
_____	_____	

INDICAZIONE REFERENTE TERZO

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

Cognome/Ragione sociale*	Nome*	Codice Fiscale/P.IVA
_____	_____	_____
Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico*	Città*	CAP*
_____	_____	_____
Numero di Telefono	E-mail	
_____	_____	

AVVERTENZA: In caso di designazione del/dei beneficiario/i in forma generica nonché in caso di designazione in forma nominativa con indicazione parziale dei relativi dati anagrafici e recapiti, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei beneficiario/i stesso/i. Si ricorda che la modifica o la revoca del beneficiario dovrà essere comunicata per iscritto alla Società, ai sensi degli art. 1920 e 1921 codice civile.

AVVERTENZA: il dichiarante assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati a. CreditRas Vita S.p.A..

Firma Assicurato _____

DESIGNAZIONE BENEFICIARIO GENERICO

DESIGNO quali Beneficiari della Prestazione Assicurata in base alla Polizza Vita, gli eredi testamentari o, in mancanza legittimi.

INDICAZIONE REFERENTE TERZO

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

Cognome/Ragione sociale*

Nome*

Codice Fiscale/P.IVA

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico*

Città*

CAP*

Numero di Telefono

E-mail

AVVERTENZA: In caso di designazione del/dei beneficiario/i in forma generica nonché in caso di designazione in forma nominativa con indicazione parziale dei relativi dati anagrafici e recapiti, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei beneficiario/i stesso/i. Si ricorda che la modifica o la revoca del beneficiario dovrà essere comunicata per iscritto alla Società, ai sensi degli art. 1920 e 1921 codice civile.

AVVERTENZA: il dichiarante assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati a. CreditRas Vita S.p.A..

Firma Assicurato _____

AVVERTENZA: *campi obbligatori

Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza. Nel rispetto di questo quadro normativo, il Titolare acquisisce i dati dell'interessato per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati stessi. A tal fine si precisa che la nostra Società debba acquisire (o già detenga) alcuni dati relativi agli interessati (esempio Contraente/Assicurati).

1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

Il Titolare del trattamento dei dati è CreditRas Vita S.p.A., con sede a Milano in Piazza Tre Torri, 3, che definisce modalità e finalità del trattamento dei Suoi dati personali. La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel presente documento, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile agevolmente e gratuitamente scrivendo CreditRas Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano oppure telefonando al numero 02.72164259 oppure scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@creditrsvita.it, ove è disponibile anche la lista dei Responsabili del trattamento in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. Per comodità, indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri 3 – 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo mail: dpo.creditrsvita@creditrsvita.it.

2. Categorie di dati raccolti

CreditRas Vita S.p.A. deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (esempio Contraente/Assicurati). Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari (nello specifico dati relativi alla salute o all'appartenenza a sindacati) trattati solo in quanto strumentali all'esecuzione del rapporto assicurativo.

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- Dati personali;
- Dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute, orientamento sessuale, origine razziale o etnica, ecc.) raccolti per visite mediche, per la sottoscrizione polizze vita e liquidazione sinistri e per i quali si richiede un **ESPRESSO CONSENSO** al trattamento;
- Dati giudiziari;
- Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscano alla Società informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc. sono utilizzati da CreditRas Vita S.p.A., da società del Gruppo Allianz SE e da terzi, a cui essi verranno comunicati, al fine di consentire alla Società stessa – anche per conto di altre società del Gruppo Allianz SE – di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché dare esecuzione a servizi connessi, accessori e strumentali all'erogazione della prestazione assicurativa (come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o la liquidazione di sinistri) e, ancora, dare esecuzione a prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- limitatamente ad alcuni dati anche eventualmente comunicati a CreditRas Vita S.p.A. da terzi, adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo.
- essere trasferiti e/o consultati dalle altre Società del Gruppo Allianz SE per finalità di antifrode (come anche indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC [2002] 9, che prevede che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o il perseguimento di frodi assicurative).

I dati degli interessati (dati personali, anche sensibili e giudiziari) saranno trattati e potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3.a Base Giuridica del trattamento

Tenuto conto che CreditRas Vita S.p.A. ha previsto di chiedere il consenso al trattamento dei dati, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali. In via alternativa, in mancanza del suo espresso consenso la base giuridica dei trattamenti consiste nel fatto che, in talune circostanze, il trattamento è necessario all'esecuzione di prestazioni contrattuali, cui CreditRas Vita S.p.A. è tenuta, e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

3.b Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

CreditRas Vita S.p.A. chiede, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei dati personali strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi richiesti dagli interessati. Per i servizi e prodotti assicurativi la Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" e/o giudiziari, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di perizie mediche utilizzate per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità. Premesso che il **consenso** al trattamento dei dati personali è **facoltativo**, preme precisare che, **in caso di rifiuto**, CreditRas Vita S.p.A. si vedrà costretta a non poter procedere all'esecuzione del servizio assicurativo, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati siano stati forniti direttamente dagli interessati per l'esecuzione della prestazione assicurativa e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

4. Modalità d'uso dei dati

I dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire i servizi e le informazioni richieste dagli interessati e, qualora si acconsenta, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS, tablet, smartphone, ipad, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati, ed informatici. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del Gruppo Allianz SE, in Italia e all'estero. Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati personali e come essi vengono utilizzati.

5. Destinatari dei suoi dati personali. Chi potrà accedere ai suoi dati

Per le sole finalità descritte al precedente paragrafo 3. (Finalità del trattamento), i dati personali potranno essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che riguarda l'interessato (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio. Per taluni servizi, inoltre, potranno essere utilizzati soggetti di fiducia che svolgano, per conto di CreditRas Vita S.p.A., compiti di natura contrattuale, tecnica od organizzativa tali per cui il trattamento dei dati da parte loro risulti necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono diretti collaboratori di CreditRas Vita S.p.A. e ricoprono la funzione di "responsabile", di incaricato, ovvero operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE, della catena distributiva, quali (intermediari bancari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione), consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, società di servizi (anche informatici, telematici o di archiviazione), società di servizi postali indicate nel plico postale, società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti. I dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da CreditRas Vita S.p.A. a enti e organismi pubblici, quali ad esempio IVASS – Consap – COVIP – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine. Si informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo. Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati.

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I dati personali degli interessati potranno essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE. Nel caso in cui le suddette BCR non trovassero applicazione, CreditRas Vita S.p.A. attuerà tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei dati personali. Nel caso l'interessato voglia ottenere una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione potrà indirizzare richiesta a: CreditRas Vita S.p.A. - mail: privacy@creditrsvita.it. In ogni caso, qualora i dati personali dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, CreditRas Vita S.p.A. garantisce che il destinatario dei dati personali assicuri un adeguato livello di protezione, nello specifico, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinino il trasferimento dei dati personali e che siano state approvate dalla Commissione Europea. CreditRas Vita S.p.A. non trasferirà in alcun caso i dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento degli stessi.

7. I Suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito viene riportato l'elenco specifico dei diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati che lo riguardano. L'interessato potrà:

1. accedere ai suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei titolari del trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il proprio consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei propri dati dai sistemi di CreditRas Vita S.p.A. (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei suoi dati (limitazione) in determinate circostanze, per esempio qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
6. conoscere l'esistenza di eventuale processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento;
7. ottenere copia dei suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati siano trasferiti a un paese terzo e ottenere informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della normativa di riferimento;
9. contattare il DPO di CreditRas Vita S.p.A., ovvero il Garante della privacy.

7.a Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, gli interessati potranno anche esercitare il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i loro dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto. La eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso. Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a CreditRas Vita S.p.A. - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - telefono 02.72164259 - e-mail privacy@creditrsvita.it.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussiste la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, CreditRas Vita S.p.A. avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono i dati. I dati saranno perciò conservati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria. Si procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

9. Diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo

L'interessato ha anche il diritto di proporre reclamo dinnanzi al Garante della privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.



Gruppo Assicurativo Allianz 

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di Assicurazione contro i danni

N°10025291

Creditor Protection Mutui Privati UniCredit

ad adesione facoltativa per

Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori

AVVERTENZA

Il presente documento, composto da Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, del Fac-simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy deve essere consegnato all'Impresa prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

Edizione: 18/02/2019 – Ultimo aggiornamento: 18/02/2019

GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i danni n° 10025291
Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
ad adesione facoltativa per
Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori
Data ultimo aggiornamento 18-02-2019

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

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè la persona fisica, intestataria o cointestataria di un Mutuo erogato dal Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva e che sia appartenente alle seguenti categorie:

- 1) Lavoratore Autonomo;
- 2) Dipendente Pubblico;
- 3) Non Lavoratore;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Capitale Residuo

il debito residuo in linea capitale a carico dell'Assicurato relativamente al Mutuo, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo stesso; il tutto al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;

Contraente

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

Data di scadenza del Mutuo

la data di scadenza dell'ultima rata del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento originario;

Durata del Mutuo

la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di stipula e la Data di scadenza del Mutuo, compreso eventuale periodo di preammortamento;

Importo Erogato del Mutuo

l'importo del Mutuo erogato dal Contraente all'Assicurato;

Importo Richiesto del Mutuo

l'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato al Contraente;

Impresa

CreditRas Assicurazioni S.p.A.;

Indennizzo

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;

Intermediario

UniCredit S.p.A., Contraente della Polizza Collettiva;

Invalità Permanente

la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato;

Invalità Permanente Totale

l'Invalità Permanente di grado pari o superiore al 60%;

Istituto di Cura

ogni 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 si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente;

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;

Malattia

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

Malattia Grave

- a) **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II, III e IV stadio di Clarke, il sarcoma di Kaposi;
- b) **Cardiopatia Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare,** nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronario;
- c) **Infarto Miocardico:** evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
 - storia del dolore cardiaco tipico;
 - comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
 - modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) **Ictus cerebrale:** Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;
- e) **Insufficienza renale:** Malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
- f) **Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi:** cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;
- g) **Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente** di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%;

Modulo di Adesione

il documento sottoscritto dall'Assicurato mediante il quale lo stesso aderisce all'Assicurazione;

Mutuo

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato avente per oggetto la concessione all'Assicurato, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine che dovrà essere rimborsato secondo un piano di ammortamento alla francese;

Non Lavoratore

La persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo né Lavoratore Dipendente.

Sono altresì compresi nella presente definizione anche i pensionati;

Normale Attività Lavorativa

l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato;

Periodo di Carenza

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

Periodo di Franchigia

il periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro di Ricovero Ospedaliero, indennizzabile a termini della Polizza Collettiva, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo;

Periodo di Riqualficazione

il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato 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 per Ricovero Ospedaliero;

Polizza Collettiva

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

Premio

la somma dovuta dall'Assicurato all'Impresa in relazione all'Assicurazione;

Questionario Medico

il modulo contenente domande sullo stato di salute dell'Assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

Rapporto Visita Medica

il modulo che deve essere compilato dall'Assicurando e da un medico iscritto all'albo dei medici in Italia con domande sullo stato di salute dell'Assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

Ricovero Ospedaliero

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

Sinistro

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i danni n° 10025291
Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
ad adesione facoltativa per
Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori
Data ultimo aggiornamento 18-02-2019

Art.1 – Sezioni di Polizza

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti sezioni:

- I Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%;
- II Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia
- III Malattia Grave

Per ciascuna sezione l'oggetto dell'Assicurazione è disciplinato dall'apposito articolo riportato all'interno della sezione medesima. La disciplina di cui agli articoli dal 2 al 15 risulta applicabile indifferentemente a tutte le sezioni sopra indicate.

Art.2 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva

L'Assicurazione di ciascun Assicurato è realizzata mediante sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, di un Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per il Contraente/Impresa).

2.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva

Valutata preventivamente l'adeguatezza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'Assicurando, l'accesso alla copertura assicurativa è subordinato alla compilazione di moduli (Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica) atti a valutare lo stato di salute dell'Assicurando secondo le regole definite nella tabella che segue.

Avvertenza: Nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurando più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa, l'Importo Richiesto del Mutuo da considerare ai fini dell'applicazione delle regole definite nella tabella che segue, sarà pari alla somma di tutti i singoli importi richiesti relativi all'Assicurando stesso.

Importo Richiesto del Mutuo	Età alla stipula da 18 a 65 anni compiuti	Età alla stipula da 66 a 70 anni NON compiuti
Fino a € 300.000,00	A Questionario Medico	B Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000, 00 Fino a € 520.000,00	B Rapporto di Visita Medica	B Rapporto di Visita Medica

Le informazioni inerenti lo stato di salute fornite all'Impresa dall'Assicurando devono corrispondere a verità ed esattezza, in caso contrario valgono le disposizioni previste dall'art. 13 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

Le spese relative alla redazione del Rapporto di Visita Medica, agli esami obbligatori ad esso collegati ed agli eventuali accertamenti medici richiesti successivamente alla presentazione del Rapporto di Visita Medica sono a totale carico dell'Assicurando.

2.2 Valutazione dello stato di salute.

La valutazione dello stato di salute ai fini dell'assumibilità del rischio avviene secondo le seguenti modalità:

A. Questionario medico:

Compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico la cui valutazione da parte dell'Impresa abbia fornito esito positivo.

Una copia del Questionario Medico dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

B. Rapporto di Visita Medica:

Il Rapporto di Visita Medica debitamente compilato con gli esami obbligatori allegati, e l'eventuale documentazione integrativa, devono essere trasmessi all'Impresa dal Contraente tramite mail all'indirizzo di posta elettronica Bancass.Danni.Ass.Pol.Coll@allianz.it oppure al numero di Fax dedicato 02 72165074.

L'Impresa ricevuta tutta la documentazione di cui sopra, provvederà alla valutazione del rischio e comunicherà al Contraente per iscritto l'accettazione o il rifiuto di concedere la copertura assicurativa.

2.3 Adesione alla Polizza Collettiva

Esaurite le formalità di valutazione dell'adeguatezza del prodotto e dell'assumibilità del rischio a seguito della valutazione dello stato di salute, l'Assicurando per aderire alla Polizza Collettiva deve compilare e sottoscrivere in ogni sua parte il Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva (vedi copia allegata) redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per il Contraente/Impresa).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Assicurato della contemporanea adesione anche alla collegata Polizza Collettiva Vita n°3475 stipulata dal Contraente con CreditRas Vita S.p.A., avente per oggetto la garanzia morte.

Ogni Modulo di Adesione dovrà risultare debitamente sottoscritto in ogni sua parte (ove previsto) e dovrà riportare obbligatoriamente i seguenti dati:

- a) numero di domanda del Mutuo;
- b) dati anagrafici dell'Assicurato;
- c) durata del Mutuo;
- d) importo Richiesto del Mutuo;
- e) percentuale quota di copertura assicurativa;
- f) premio unico anticipato;

- g) costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- h) provvigioni percepite dall'intermediario

Con riguardo alla percentuale di quota assicurativa, vale quanto segue:

- 1) **unico Assicurato per singolo Mutuo:**
 - a) Assicurazione intera – la somma assicurata iniziale viene calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa pari a 100%;
- 2) **più Assicurati cointestatari per singolo Mutuo:**
 - a) Assicurazione intera – per ciascun Assicurato la somma assicurata iniziale viene calcolata in base ad una percentuale quota di copertura assicurativa pari a 100%;
 - b) Assicurazione pro quota – per ciascun Assicurato la somma assicurata iniziale viene calcolata pro quota in base ad una percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari a 100% diviso per il numero di Assicurati.
Nel caso si verifichi la mancata accettazione da parte dell'Impresa dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestatari, per i rimanenti cointestatari Assicurati l'Assicurazione opererà come sopra specificato (percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari a 100% diviso per il numero di Assicurati).
- 3) **Importo Richiesto del Mutuo maggiore di € 200.000,00:**
 - a) Assicurazione parziale - in alternativa alle modalità di cui ai punti precedenti, la somma assicurata iniziale per ciascun Assicurato può essere calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa, a scelta dell'Assicurato, compresa tra 50% e 100%.
Nel caso in cui ci siano più Assicurati cointestatari di un singolo Mutuo, ed anche se si verifica la mancata accettazione da parte dell'Impresa dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestatari, l'Assicurazione potrà operare come sopra specificato (percentuale di copertura assicurativa, a scelta dell'Assicurato, compresa tra 50% e 100%).

2.4 Operatività della Polizza Collettiva.

La Polizza Collettiva è da ritenersi operante esclusivamente nel caso in cui l'erogazione del Mutuo avvenga entro 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di erogazione del Mutuo si verifichino variazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne immediata comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Contraente al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla Polizza Collettiva.

In caso contrario valgono le disposizioni dell'art. 12 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

Nel caso in cui l'erogazione del Mutuo avvenga successivamente al termine di 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione, l'Assicurato è tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione di cui sopra, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

L'Assicurato, qualora intendesse aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, dovrà pertanto ripetere la procedura di cui al presente articolo 2 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva.

Art.3 Variazione dello status lavorativo – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva

L'Assicurato che, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, cambia la propria attività lavorativa acquisendo lo status di Lavoratore Dipendente Privato deve comunicare tempestivamente tale circostanza al Contraente (fornendo prova documentale del mutamento di status occupazionale) e richiedendo la cessazione dell'Assicurazione: in tal caso, tutte le garanzie della Polizza Collettiva cessano alle ore 24:00 della data di comunicazione del cambio di attività lavorativa, e l'Impresa rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, la parte di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di legge. Il calcolo dell'importo da rimborsare all'Assicurato sarà effettuato utilizzando la formula di cui al successivo Art. 10 Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato – Estinzione anticipata parziale. L'Impresa provvederà al rimborso del Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente il quale provvederà alla corrispondente riduzione della rata del Mutuo. La comunicazione di cambiamento di attività lavorativa deve essere effettuata compilando l'apposito modulo (allegando idonea documentazione comprovante l'acquisizione dello status di Lavoratore Dipendente Privato) presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Finanziamento, oppure dandone comunicazione a mezzo di lettera raccomandata A.R. alla filiale medesima. Il Contraente ne darà immediata comunicazione all'Impresa. Resta inteso che, qualora l'Assicurato non comunicasse il cambiamento di attività lavorativa durante il periodo di validità dell'Assicurazione, le garanzie previste dalla presente Polizza Collettiva ed il relativo diritto all'indennizzo, continueranno ad operare anche nell'ipotesi di cambiamento di attività lavorativa dell'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione.

Art.4 – Documentazione da consegnare all'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva

All'Assicurato dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

- a) Modulo di Adesione, comprensivo dell'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- b) **set informativo.**

Una copia del Modulo di Adesione comprensivo dell'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza, dovranno rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarle tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta. Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulla e quindi inoperante l'Assicurazione.

Art.5 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone che:

- a) alla data di adesione alla polizza non rientrano nella definizione di Assicurato, così come definita nel Glossario;
- b) alla data di stipula del Mutuo siano di età inferiore a diciotto anni o maggiore di settanta anni compiuti;
- c) alla Data di scadenza del Mutuo risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;
- d) abbiano stipulato un Mutuo erogato dal Contraente di Durata superiore a 480 (quattrocentottanta) mesi;
- e) non siano residenti in Italia;
- f) a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita medica per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa, siano state ritenute non assicurabili.

Art.6- Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione

Il Premio è corrisposto dall'Assicurato all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il pagamento da parte dell'Assicurato al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo.

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo a condizione che l'Assicurato stesso:

- abbia compilato e sottoscritto il Modulo di Adesione,
- abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa; ovvero
- si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa;

e sia stato pagato il relativo Premio.

Art.7 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato stesso e non potrà comunque avere durata superiore a 480 (quattrocentottanta) mesi.

Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.8 – "Diritto di recesso dell'Assicurato" e 10 – "Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato - Estinzione anticipata parziale", l'Assicurazione rimarrà operativa fino alla sua scadenza originaria anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.

L'Assicurazione cesserà comunque, anche prima della Data di scadenza del Mutuo e senza alcun rimborso di Premio, in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% oppure in caso di decesso dell'Assicurato.

Art.8 – Diritto di recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'Impresa provvederà al rimborso dell'intero Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente. Il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.

Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il Contraente provvederà a darne comunicazione all'Impresa.

L'Impresa provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso all'Assicurato della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto, secondo quanto disposto dal successivo art.10 - Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato - Estinzione anticipata parziale. Il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo. Resta inteso che, anche in caso di esercizio del diritto di recesso annuale da parte dell'Assicurato, previsto dal presente articolo, la collegata Polizza Collettiva Vita n°3475, resterà in vigore.

Art.9 - Determinazione del Premio

Per ciascun Assicurato il Premio viene corrisposto in via anticipata e in unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione ed è determinato applicando la seguente formula.

$$P = T \times N \times Ir \times Pa$$

dove:

P Premio unico anticipato inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)

T Tasso mensile pari a 0,01404%

N Durata del Mutuo espressa in mesi interi

Ir Importo Richiesto del Mutuo

Pa Percentuale quota di copertura assicurativa

Art.10 – Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato – Estinzione anticipata parziale

Nel caso di:

- estinzione anticipata totale del Mutuo rispetto la Data di scadenza;
- accollo del mutuo da parte di terzi come previsto dall'art.1273 C.C.;
- trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
- recesso dell'Assicurato in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione ai sensi del precedente art.7;

l'Assicurazione cesserà a decorrere:

- dalla data di estinzione anticipata totale del Mutuo;
 - dalla data di accollo del Mutuo;
 - dalla data di surroga del Mutuo;
 - dalla data di scadenza di ogni singola annualità dell'Assicurazione in caso di esercizio del diritto di recesso, in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione, esercitato nei termini e nelle modalità indicate al precedente art. 7;
- e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia pagato e non goduto.

Il calcolo dell'importo da rimborsare per ciascun Assicurato sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = PPU * (N-K) / N * DR / CE + H * (N-K) / N$$

dove:

- R = importo da rimborsare
P = Premio unico anticipato
PPU = Premio unico anticipato puro = P – H
H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)
N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
DR = Importo del Debito Residuo prima dell'estinzione anticipata totale
CE = Importo del Capitale erogato del finanziamento
K = durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi; il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata.

L'Impresa provvederà al rimborso del Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente che, nel solo caso di recesso, utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato medesimo in relazione al Mutuo.

Esempio

Importo richiesto del Mutuo pari ad € 100.000; durata del Mutuo 240 mesi

In caso di estinzione anticipata totale del Mutuo trascorsi i primi 100 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

- P = € 3.369,60
Ppu = € 2.129,59
H = € 1.157,83
N = 240
K = 100
DR = € 67.704,50
CE = € 100.000,00
R = € 1.516,46

L'Assicurato potrà, relativamente ai soli casi di estinzione anticipata totale, di accollo o di surroga in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Mutuo; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata, di accollo oppure di trasferimento del Mutuo.

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo, l'Assicurazione rimane operativa fino alla scadenza originaria del Mutuo per il Capitale Residuo e rata mensile del Finanziamento, così come ricalcolati a seguito della suddetta estinzione anticipata parziale. L'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di premio imponibile pagato e non goduto per il tramite del Contraente. In alternativa, l'Assicurato potrà richiedere espressamente all'Impresa, di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Mutuo, come se l'estinzione anticipata parziale non fosse mai avvenuta. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata parziale del Mutuo.

Il calcolo dell'importo da rimborsare sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = [PPU * (N-K)/N * DR/CE + H * (N-K)/N] * Cap_est / DR$$

dove:

- R = importo da rimborsare
PPU = Premio unico anticipato puro
H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)
N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale versato dal cliente
DR = Importo del Debito Residuo prima dell'estinzione anticipata totale
CE = Importo del Capitale erogato del finanziamento
K = durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi; il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata.

Esempio

Per un Mutuo erogato per un Importo richiesto di € 100.000 con durata di 240 mesi, in caso di estinzione anticipata parziale dopo 100 mesi, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

- P = € 3.369,00
Ppu = € 2.129,59
H = € 1.157,83
N = 240
K = 100
Cap_Est = € 50.000,00
DR = € 67.704,50
R = € 1.119,91

In caso di ulteriori e successive estinzioni anticipate parziali del Mutuo, per ciascuna successiva estinzione anticipata parziale, verrà utilizzato il valore del Premio imponibile e dell'importo del Capitale Erogato del Mutuo al momento dell'Estinzione Anticipata Parziale,

opportunamente ricalcolati in base alle risultanze dei suddetti valori conseguenti a precedenti operazioni di estinzione anticipata parziale.

Il calcolo per la determinazione del premio riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione parziale sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$P1 = P \times \left(1 - \frac{Cap_Est}{DR}\right)$$

Il calcolo per la determinazione del capitale assicurato residuo riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione parziale sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$CE1 = CE \times \left(1 - \frac{Cap_Est}{DR}\right)$$

Il calcolo per la determinazione dei costi complessivi riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione parziale sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$H1 = H \times \left(1 - \frac{Cap_Est}{DR}\right)$$

Art.11 – Procedura per la valutazione del danno

La valutazione del danno è concordata direttamente dall'Impresa, o da un perito da questa incaricato, con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico-legale, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre arbitri.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio.

Il Collegio definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni della Polizza Collettiva.

Il Collegio risiede nel comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene gli onorari e le spese del proprio arbitro, mentre quelli del terzo arbitro sono sempre ripartiti a metà.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi facoltà di impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art.12 – Pagamento dell'indennizzo - Beneficiari

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa quantifica l'Indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione all'Assicurato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni da quest'ultima.

In caso di decesso dell'Assicurato, per ogni garanzia prevista dal presente contratto:

- a) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa abbia potuto effettuare gli accertamenti necessari gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione richiesta agli articoli "Obblighi in caso di Sinistro" di cui alle successive Sezioni, il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione del danno in base alla documentazione disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro. Nel caso l'indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'impresa paga agli eredi previa produzione della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'indennizzo spettante per la prestazione invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto;
- b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'indennizzo spettante e, l'importo quantificato offerto.

Art.13 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

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 stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.14 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre coperture assicurative contratte dall'Assicurato.

Art.15 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.16 - Rinvio alle norme di legge

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE I
INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 60%

Art.17 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento di un Indennizzo in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% dell'Assicurato derivante da Malattia o da Infortunio che l'Assicurato stesso subisca:

- a) nell'esercizio della propria attività professionale principale e/o secondaria;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, purché inerente alla vita comune e di relazione.

Sono considerati Infortunio anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
- 3) l'avvelenamento del sangue e l'infezione sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- 4) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore;
- 6) la folgorazione;
- 7) le lesioni muscolari determinate da sforzo, intendendosi per sforzo il dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato;
- 8) le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria; le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Art.18 – Periodo di Carenza

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.19 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% causati o derivanti da:

- a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- d) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- f) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- i) pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- m) 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.);
- n) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le 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;
- o) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione, gli infortuni derivanti da:

- 1) ernie;
- 2) infarti da qualsiasi causa determinati;
- 3) subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 4) infertilità e sterilità.

Art.20 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità

La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Erogato del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato medesimo moltiplicato per la percentuale quota di copertura assicurativa e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Mutuo stesso moltiplicato per la percentuale medesima.

La massima somma assicurabile viene stabilita pari a € 520.000,00 e in nessun caso l'Impresa sarà quindi tenuta a pagare, per singola adesione, importo maggiore di tale somma.

In caso di Mutuo erogato per un importo superiore a € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa dovrà essere tale da fare risultare la somma assicurata iniziale non superiore a tale limite.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 520.000,00 anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

L'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale non può cumularsi con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3475.

Art.21 – Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 60%

Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% dell'Assicurato e questa si verifichi – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Mutuo risultante alla data di accadimento dell'Infortunio medesimo.

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL – Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 n°1124).

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 senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla "Tabella INAIL - Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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.

Nei confronti dei mancini le percentuali previste per gli arti superiori saranno invertite.

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" vengono ridotte in proporzione alla 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 o parziale, 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%.

I postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 (dodici) mesi dalla data di denuncia.

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

Art.22 - Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60%

Qualora la Malattia abbia per conseguenza diretta l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% dell'Assicurato, l'Impresa liquiderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Mutuo risultante alla data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% presentata agli Enti competenti. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, ossia da Malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata.

Nel corso dell'Assicurazione 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.

Si intendono Malattie concorrenti le Malattie o le Invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e dell'Invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale.

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.

I postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, la Malattia denunciata abbia concluso la sua fase acuta, e comunque entro un periodo massimo di 18 (diciotto) mesi dalla data di denuncia.

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

Art.23 – Precedenti Indennizzi

Nel caso in cui:

- a) un unico Infortunio o un'unica Malattia abbiano causato prima un Sinistro di Ricovero Ospedaliero o di Malattia Grave e poi un Sinistro di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale sarà calcolato detraendo l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all'Assicurato a titolo della garanzia di Ricovero Ospedaliero o della garanzia Malattia Grave, rispettivamente di cui alle Sezioni II e III della presente Polizza Collettiva;
- b) sia stato liquidato un precedente indennizzo per Malattia Grave, l'eventuale successivo Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, in relazione allo stesso periodo temporale, sarà calcolato detraendo l'importo dell'indennizzo già corrisposto all'Assicurato a titolo della garanzia di Malattia Grave di cui alla Sezione III della presente Polizza Collettiva.

Art.24 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.25 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro o da quando ne ha avuto conoscenza, tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa. Si segnala che presso la filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. E' possibile acquisire idonea modulistica, anche contattando l'Impresa al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso

recapito potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;

- a) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- b) fornire copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro;
- c) fornire certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale;
- d) inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici attestanti il decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa.

L'Assicurato deve altresì:

- e) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
 - f) fornire alla stessa ogni informazione, 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. Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, i suoi eredi legittimi devono darne immediato avviso all'impresa e fornire il certificato di morte all'assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE II RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA

Art.26 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o da Malattia.

Art.27 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora il Ricovero Ospedaliero avvenga, oppure la Malattia insorga o venga diagnosticata entro 60 (sessanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.28 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero causati o derivanti da:

- a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- d) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- f) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- i) pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- m) 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.);
- n) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- o) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le 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;
- p) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
- q) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione, gli infortuni derivanti da:

- 1) ernie;
- 2) infarti da qualsiasi causa determinati;
- 3) subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 4) infertilità e sterilità.

Art.29 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.30 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa. Si segnala che presso la filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. E' possibile acquisire idonea modulistica, anche contattando l'Impresa al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire.
L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;
 - b) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
 - c) fornire copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro;
 - d) fornire certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica;
- L'Assicurato deve altresì:
- e) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
 - f) fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato, infine, una volta scaduto il Periodo di Franchigia, per ciascun periodo di successivi 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro deve compilare ed inviare all'Impresa, allo stesso recapito indicato alla lettera a), il modulo di continuazione del Sinistro; tale modulo è disponibile come indicato alla lettera a) e deve essere inviato all'Impresa entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

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

Art.31 – Denunce Successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Ricovero Ospedaliero, o dopo la denuncia di un medesimo Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riquilificazione di 30 (trenta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa.

Art.32 – Periodo di Franchigia

Viene previsto un Periodo di Franchigia di 7 (sette) giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Art.33 – Determinazione dell'Indennizzo

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata mensile del Mutuo scadente durante il periodo di Ricovero Ospedaliero successivo, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Mutuo medesima, comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro, moltiplicata per la percentuale quota di copertura assicurativa; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente.

Art.34 – Limiti di Indennizzo

Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di dodici rate consecutive.

Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di trentasei rate per tutta la durata dell'Assicurazione. L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.000,00 per ciascuna rata mensile; tale limite sarà da intendersi anche come complessivo nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

L'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero non può cumularsi con altro eventuale Indennizzo ricevuto per Malattia Grave relativamente allo stesso periodo temporale.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE III MALATTIA GRAVE

Art.35 – Oggetto dell'Assicurazione

CreditRas Assicurazioni garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Malattia Grave.

Art.36 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia Grave viene previsto un Periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora la Malattia Grave insorga o venga diagnosticata entro 90 (novanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.37 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Malattia Grave causati o derivanti da:

- a) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- b) 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.);
- c) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le 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;
- d) cure dimagranti e dietetiche;
- e) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser.

Art.38 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art. 39 - Determinazione dell'Indennizzo

Qualora venga accertata la Malattia Grave, risultante alla data della certificazione medica attestante la diagnosi della Malattia oppure, nel caso di Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%, risultante alla data della richiesta di certificazione medica attestante l'invalidità permanente presentata agli Enti competenti, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Mutuo medesima, comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro, moltiplicata per la percentuale quota di copertura assicurativa; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente.

Art.40 –Limite di indennizzo

In caso di Malattia Grave che colpisca l'Assicurato, CreditRas Assicurazioni liquiderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari a dieci rate mensili liquidate in un'unica soluzione.

L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.000,00 per ciascuna rata mensile; tale limite sarà da intendersi anche come complessivo nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva.

Dopo il primo indennizzo la presente garanzia non sarà più operante.

L'Indennizzo per Malattia Grave non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale.

Art.41 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa. Si segnala che presso la filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. E' possibile acquisire idonea modulistica, anche contattando l'Impresa al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire.

L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;

- b) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- c) fornire copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro;
- d) nel caso di Malattia che provochi un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%, fornire certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale; inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici attestanti il decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa.

L'Assicurato deve altresì:

- e) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- f) fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

TABELLA INAIL - PERCENTUALI INVALIDITÀ PERMANENTE
D.P.R. 30-06-65 N°1124

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	Destro		Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi		100%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
- con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
- senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
- per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75%
- per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:			
- in semipronazione	30%		25%
- in pronazione	35%		30%
- in supinazione	45%		40%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
- in semipronazione	40%		35%
- in pronazione	45%		40%
- in supinazione	55%		50%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:	18%		15%
- in semipronazione	22%		18%
- in pronazione	25%		22%
- in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		80%	

Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun Indennizzo, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

MODULO DI ADESIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i danni n°10025291
Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
ad adesione facoltativa per
Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori
Edizione 01/01/2019 - Data ultimo aggiornamento 01-01-2019

Dati Mutuo			
Domanda di Mutuo n° _____			
Dati Assicurato			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
_____	_____	_____	
Dati copertura assicurativa			
Durata del Mutuo in mesi _____			
Importo Richiesto del Mutuo € _____		Percentuale quota di copertura assicurativa _____%	
Premio unico anticipato			
€ _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)			
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)			
€ _____			
Provvigioni percepite dall'Intermediario			
23,42% del premio imponibile pari a € _____			

PRENDO ATTO che UniCredit S.p.A. ("Banca") ha stipulato con CreditRas Assicurazioni S.p.A. ("CRA"), per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari del Mutuo da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione contro i danni n°10025291 ("Polizza") concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** e ha stipulato con CreditRas Vita S.p.A. la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3475 avente per oggetto una copertura assicurativa temporanea per il caso morte a capitale decrescente a Premio unico anticipato per tutta la durata del Mutuo.

Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di un contratto di Mutuo con la Banca medesima e l'adesione alle stesse è facoltativa.

L'adesione ad una delle due Polizze Collettive comporta la contestuale adesione, da parte dell'Assicurato, anche all'altra Polizza Collettiva in quanto le due componenti vita e danni risultano inscindibili al fine di assicurare la completa copertura del bisogno di protezione dell'Assicurato.

DICHIARO di essere in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e di non rientrare nelle categorie previste dall'Art. 5 – **Persone non assicurabili** - delle Condizioni di Assicurazione, e di aderire in qualità di Assicurato alle **Polizze Vita e Danni**.

AUTORIZZO la Banca a trasmettere a CRA le informazioni, contenute nel contratto di Mutuo, necessarie per l'esecuzione della Polizza.

PRENDO ATTO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo, a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto, oppure il Rapporto Visita Medica (ove previsto), e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente da CRA; c) sia stato pagato il relativo Premio, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario.

PRENDO ATTO che la somma assicurata iniziale non può essere superiore a € 520.000,00 e quindi, in nessun caso (nemmeno qualora il Mutuo erogato sia di importo maggiore di € 520.000,00) l'Impresa sarà tenuta a pagare importo maggiore di tale somma. In caso di Mutuo erogato per un importo maggiore di € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa è tale da fare risultare la Prestazione Assicurata iniziale non superiore a tale limite.

DÒ MANDATO irrevocabile alla Banca di effettuare in nome e per conto mio il pagamento del Premio a favore di CRA. Il pagamento di tale premio da parte mia alla Banca avverrà mediante addebito sul mio conto corrente intrattenuto presso la Banca medesima e autorizzo a tal fine il Contraente a finanziare l'importo del Premio, con conseguente incremento dell'importo erogato e della corrispondente rata.

Data _____ Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

DICHIARO di avere ricevuto da parte del Contraente, prima dell'adesione alla **Polizza**, copia integrale del **set informativo**, comprensivo del documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (Dip Danni), del documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (Dip aggiuntivo Multirischi), delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario; del Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy - ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

Firma Assicurato _____

Agli effetti della validità della **Polizza** DICHIARO espressamente di:

- a) di essere consapevole che l'adesione alla presente **Polizza** è facoltativa.
- b) aver letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel **set informativo** ricevuto;
- c) di essere consapevole che il contratto assicurativo prevede limitazioni ed esclusioni, periodi di carenza e periodi di franchigia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo;
- d) aver ricevuto e di conoscere ed accettare l'Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale.

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO E RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Ai fini dell'Assicurazione, l'Assicurato DICHIARA di aver compilato e sottoscritto il Questionario Medico preventivamente ricevuto (trattenendone copia) e/o di aver fornito il Rapporto di Visita Medica (corredato dalla relativa documentazione sanitaria integrativa richiesta) ove previsto, e che la valutazione rilasciata da CRA ha fornito esito positivo.

Firma Assicurato _____

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte di CRA, possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- prima della sottoscrizione del Questionario Medico l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute.
- l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato, preso atto dell'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali - contenuta nel presente Modulo di Adesione - acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati nonché per le finalità connesse alla conclusione ed all'esecuzione del presente contratto assicurativo.

Firma Assicurato _____

Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza. Nel rispetto di questo quadro normativo, il Titolare acquisisce i dati dell'interessato per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati stessi. A tal fine le precisiamo che la nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraente/Assicurati).

1. Titolare del Trattamento e informazioni di contatto

Il titolare del trattamento dei dati è CreditRas Assicurazioni S.p.A., con sede a Milano in P.zza Tre Torri 3, che definisce modalità e finalità del trattamento dei Suoi dati personali. La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel presente documento, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile agevolmente e gratuitamente scrivendo CreditRas Assicurazioni S.p.A – P.zza Tre Torri 3 – 20145 Milano, ove sono disponibili anche la lista dei Responsabili del trattamento in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. Per comodità, indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., P.zza Tre Torri 3 – Milano, oppure scrivendo all'indirizzo mail: Dpo.CreditRas.Assicurazioni@creditrassicurazioni.it.

2. Categorie di dati raccolti

La Società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraente/Assicurati). Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari (nello specifico dati relativi alla salute o all'appartenenza a sindacati) trattati solo in quanto siano strumentali all'esecuzione del rapporto assicurativo. Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- Dati personali;
- Dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute, vita sessuale, orientamento sessuale, origine razziale o etnica, ecc.) per i quali si richiede un **ESPRESSO CONSENSO** al trattamento;
- Dati giudiziari;
- Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da CreditRas Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Allianz SE e da terzi, a cui essi verranno comunicati, al fine di consentire alla Società stessa – anche per conto di altre società del Gruppo Allianz SE – di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirle il prodotto assicurativo, nonché dare esecuzione a servizi connessi, accessori e strumentali all'erogazione della prestazione assicurativa e, ancora, dare esecuzione a prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- limitatamente ad alcuni dati, anche eventualmente comunicati a CreditRas Assicurazioni S.p.A. da terzi, adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo.

I dati personali, anche sensibili e giudiziari, saranno trattati e potranno essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE per finalità di antifrode (come anche indicato nel Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o il perseguimento di frodi assicurative). I dati degli interessati, potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3.a Base Giuridica del trattamento

Tenuto conto che CreditRas Assicurazioni S.p.A. ha previsto di chiedere il consenso al trattamento dei dati, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali. In via alternativa, in mancanza del suo espresso consenso la base giuridica dei trattamenti consiste nel fatto che, in talune circostanze, il trattamento è necessario all'esecuzione di prestazioni contrattuali, cui CreditRas Assicurazioni S.p.A. è tenuta, e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

3.b Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

CreditRas Assicurazioni S.p.A. chiede, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei dati personali strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi richiesti dagli interessati. Per i servizi e prodotti assicurativi la Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" e/o giudiziari, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi come nel caso di perizie mediche utilizzate per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità. Premesso che il **consenso** al trattamento dei dati personali è **facoltativo**, preme precisare che, **in caso di rifiuto**, CreditRas Assicurazioni S.p.A. si vedrà costretta a non poter procedere all'esecuzione del servizio assicurativo, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati siano stati forniti direttamente dagli interessati per l'esecuzione della prestazione assicurativa e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

4. Modalità d'uso dei dati

I dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire i servizi e le informazioni richieste dagli interessati e, qualora si acconsenta, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS, tablet, smartphone, ipad, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati, ed informatici. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del Gruppo Allianz SE, in Italia e all'estero. Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati personali e come essi vengono utilizzati.

5. Destinatari dei suoi dati personali. Chi potrà accedere ai suoi dati

Per taluni servizi, inoltre, potranno essere utilizzati soggetti di nostra fiducia che svolgano per conto di CreditRas Assicurazioni S.p.A., compiti di natura tecnica od organizzativa tali per cui il trattamento dei dati da parte loro risulti necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo finalizzato alla liquidazione dei sinistri e per la redistribuzione del rischio. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono diretti collaboratori di CreditRas Assicurazioni S.p.A. e ricoprono la funzione di "responsabile", di incaricato, ovvero operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva, quali (intermediari

bancari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione), consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi (anche informatici, telematici o di archiviazione), cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti. Così pure i dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da CreditRas Assicurazioni S.p.A. a enti e organismi pubblici, quali ad esempio IVASS – Consap – COVIP – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine. In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute. Si informa inoltre che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati.

5.a Possibili ulteriori destinatari dei suoi dati personali

Per le sole finalità descritte al precedente paragrafo 3, inoltre, i dati personali potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che riguarda l'interessato (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I dati personali degli interessati potrebbero essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Società. Nel caso in cui le suddette BCRs non trovassero applicazione, CreditRas Assicurazioni S.p.A. attuerà tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei dati personali.

Nel caso in cui si voglia ottenerne una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 800.11.66.33 e mail privacy@creditrassassicurazioni.it.

In ogni caso, qualora i dati personali dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, CreditRas Assicurazioni S.p.A. garantisce che il destinatario dei dati personali assicuri un adeguato livello di protezione, nello specifico, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che siano state approvate dalla Commissione Europea. CreditRas Assicurazioni S.p.A. non trasferirà in alcun caso i dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento degli stessi.

7. I Suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito viene riportato l'elenco specifico dei diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati che lo riguardano. L'interessato potrà:

1. accedere ai suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il proprio consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei propri dati dai sistemi di CreditRas Assicurazioni S.p.A. (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei suoi dati (limitazione) in determinate circostanze per esempio qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
6. conoscere l'esistenza di eventuale processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento;
7. ottenere copia dei suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati siano trasferiti a un paese terzo e ottenere informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della norma di riferimento;
9. contattare il DPO di CreditRas Assicurazioni S.p.A ovvero il Garante della Privacy.

7.a) Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, gli interessati potranno anche esercitare il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i loro dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto. L'eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso. Per l'esercizio dei suoi diritti derivanti dal contratto di assicurazione può rivolgersi a CreditRas Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, Tel.: 800.11.66.33 o e-mail privacy@creditrassassicurazioni.it.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussista la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, CreditRas Assicurazioni S.p.A. avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono. I dati saranno perciò conservati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria. Si procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

9. Diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo

L'interessato ha anche il diritto di proporre reclamo dinanzi al Garante della Privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.