



Gruppo Assicurativo Allianz 

FASCICOLO INFORMATIVO

Polizza Collettiva di Assicurazione Vita

N°3467

Creditor Protection Prestiti Personali

UniCredit

ad adesione facoltativa

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- 1) Nota Informativa;
- 2) Glossario;
- 3) Condizioni di Assicurazione;
- 4) Modulo di Adesione;

deve essere consegnato all'Assicurato prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Edizione: 22/02/2016 – Ultimo aggiornamento 22/02/2016

NOTA INFORMATIVA
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3467
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 22-02-2016

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (ora IVASS), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP (ora IVASS). L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali Impresa: CreditRas Vita S.p.A., società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018, soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.
Sede legale: Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia)
Recapito telefonico: 02 72.16.1
Sito Internet: www.creditrasvita.it
Indirizzo di posta elettronica: info@creditrasvita.it
Indirizzo Mail PEC: creditrasvita@pec.allianz.it
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 16 Maggio 1996 n°259 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n°1.00121

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 451 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 300 milioni di euro.
L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è pari a 106,3% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.
I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2014.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte **Coperture assicurative offerte (art.1 – "Oggetto dell'Assicurazione" delle Condizioni di 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.
L'Assicurazione ha una durata pari a quella del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento. Non è previsto il tacito rinnovo. Per maggior dettaglio si rinvia all'art.8 – "Durata dell'Assicurazione" delle Condizioni di Assicurazione.
AVVERTENZA Sono previste limitazioni ed esclusioni dell'Assicurazione, nonché ipotesi di sospensione della stessa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della Prestazione Assicurata. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.1 – "Oggetto dell'Assicurazione"; 2 – "Periodo di Carenza"; 3 – "Esclusioni"; 6 – "Persone non assicurabili"; 11 – "Prestazione Assicurata per singolo Assicurato – Limiti di assicurabilità"; delle Condizioni di Assicurazione.
AVVERTENZA Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze originarie o sopravvenute 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.

AVVERTENZA Le garanzie e le coperture assicurative previste dalla presente Polizza Collettiva sono offerte direttamente dall'impresa di assicurazione CreditRas Vita S.p.A. Non sono previsti fondi di garanzia o altri dispositivi di indennizzo.

4. Periodi di Carenza contrattuali **AVVERTENZA:** L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.
Per maggior dettaglio si rinvia all'art.2 – "Periodo di Carenza" delle Condizioni di Assicurazione.

5. Premi Il Premio è indipendente dall'età e dal sesso dell'Assicurato ed è determinato in base alla durata del Finanziamento ed all'ammontare dello stesso.

Il Premio è determinato applicando la seguente formula.

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

dove:

P Premio unico anticipato
T tasso mensile finito pari a 0,03420%
N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
I_r importo richiesto del Finanziamento

Si rinvia per la disciplina specifica all'art.10 – "Determinazione del Premio" delle Condizioni di Assicurazione.

Il Premio è corrisposto dall'Assicurato all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il Contraente trattiene l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Finanziamento anche nel caso di uso di tecniche di comunicazione a distanza.

Nel caso di Premio integrativo derivante dall'attivazione dell'Opzione Ricarica, per la disciplina specifica si rinvia all'art.14 – "Cambio Rata - Ricarica" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Non sono previsti costi aggiuntivi per l'uso di tecniche di comunicazione a distanza.

Composizione del premio

- Premio puro – 42,60%
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – 57,40%, di cui

- importo percepito dall'Intermediario – 49,50%

Esempio

- Premio unico anticipato - € 1.000,00
- Premio puro – € 426,00
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – € 574,00, di cui
- importo percepito dall'Intermediario – € 495,00

AVVERTENZA Nel caso di estinzione anticipata del Finanziamento rispetto la Data di scadenza, oppure di trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo, l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione o di surroga e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto. L'Assicurato potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento. Per maggior dettaglio si rinvia all'art.12 – "Estinzione anticipata, surroga del Finanziamento" delle Condizioni di Assicurazione.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi gravanti direttamente sul Contraente

I costi della Polizza Collettiva sono interamente gravanti sull'Assicurato. Non sono previsti costi gravanti sul Contraente.

Costi gravanti sul premio

- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – 57,40%, di cui
- importo percepito dall'Intermediario – 49,50%

Esempio

- Premio unico anticipato - € 1.000,00
- Premio puro – € 426,00
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – € 574,00, di cui
- importo percepito dall'Intermediario – € 495,00

7. Regime Fiscale

Il Premio non è soggetto ad alcuna imposta. Sul Premio pagato, nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente, viene riconosciuta all'Assicurato una detrazione dell'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato.

D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA COLLETTIVA

8. Modalità di perfezionamento del contratto

L'adesione alla Polizza Collettiva è consentita soltanto alle persone fisiche intestatarie o cointestatarie di un Finanziamento erogato dal Contraente. Per la disciplina specifica si rinvia agli artt.4 – "Modalità di adesione alla Polizza Collettiva"; 5 – "Documentazione da consegnare all'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva"; delle Condizioni di Assicurazione.

9. Diritto di recesso

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza alla Polizza Collettiva con effetto 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 Finanziamento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato, per il tramite del Contraente, dell'intero Premio pagato entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Assicurato. Non è previsto il diritto di recesso da parte dell'Impresa.

Per maggior dettaglio si rinvia all'art.9 – "Diritto di recesso dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio

Per un Finanziamento erogato per un Importo richiesto di € 10.000 con durata di 60 mesi, in caso di estinzione anticipata totale dopo 40 mesi, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P = € 205,20

Ppu = € 87,41

H = € 117,78

N = 60

K = 40

R = € 49,30

10. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

AVVERTENZA Nella Polizza Collettiva sono previste modalità e termini per la denuncia dei sinistri. Per la disciplina specifica alla documentazione da consegnare all'Impresa si rinvia all'art.16 – "Obblighi in caso di Sinistro" delle Condizioni di Assicurazione.

L'Impresa provvede al pagamento della prestazione dovuta entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria per la liquidazione. Per la disciplina specifica si rinvia all'art.17 – "Beneficiario - Pagamento della Prestazione Assicurata" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dai Contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. Le Imprese di Assicurazione in base alla Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economica e delle Finanze.

11. Legge applicabile alla Polizza Collettiva

La legislazione applicabile alla Polizza Collettiva è quella italiana.

12. Lingua in cui è redatta la Polizza Collettiva

La Polizza Collettiva, ogni documento ad essa allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatte in lingua italiana.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, compresi quelli relativi alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa, devono essere presentati alla Compagnia mediante:

- posta cartacea indirizzata a **Creditras vita S.p.A.** - Servizio Clienti – Corso Italia 23 – 20122 Milano;
- e-mail: info@creditrasvita.it
- fax. 02.72162735

La Società fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o qualora l'esito dello stesso non sia stato ritenuto soddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopracitato, il reclamante potrà rivolgersi a:

IVASS

Via del Quirinale 21, 00187 Roma

Fax: 06.42.133.206

tutela.consumatore@pec.ivass.it

corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Compagnia e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte della Compagnia. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER IL CONSUMATORE - Come presentare un reclamo", nonché sul sito della Compagnia (www.creditrasvita.it) alla Sezione "Servizio Clienti", attraverso apposito link al sito IVASS.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esauritiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- ✓ mediazione (L. 9/8/2013, n.98): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- ✓ negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

14. Conflitto d'interesse

CREDITRAS VITA S.p.A. è una compagnia facente parte del gruppo assicurativo ALLIANZ S.p.A., il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da ALLIANZ S.p.A. ed 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.

16. Informativa in corso di contratto di Assicurazione

Gli aggiornamenti non derivanti da innovazioni normative apportati al presente Fascicolo Informativo successivamente alla data di adesione alla polizza, saranno consultabili sul sito istituzionale www.creditrasvita.it

Inoltre, nel sito internet di CreditRas Vita S.p.A. è attiva all'indirizzo www.creditrasvita.it un'apposita Area Riservata a disposizione di ciascun titolare di posizione assicurativa. Per accedere è sufficiente selezionare l'apposito link presente nella home page del sito internet della Società e, dopo una semplice registrazione, l'Assicurato potrà ricevere al proprio indirizzo di posta elettronica, le credenziali identificative rilasciate per l'accesso. Tramite l'Area Riservata l'Assicurato potrà consultare le proprie coperture attive, la relativa documentazione contrattuale e tenere costantemente sotto controllo lo stato dei pagamenti dei premi.

E. INFORMAZIONI SULL'INTERMEDIARIO

15. Informazioni Generali

UniCredit S.p.A.

Numero di Iscrizione al R.U.I. D000350184

Sede Sociale Via A. Specchi, 16 - 00186 Roma

Direzione Generale Piazza Gae Aulenti 3 – Tower A - 20154 Milano

Capitale Sociale euro 19.647.671.824,53 interamente versato

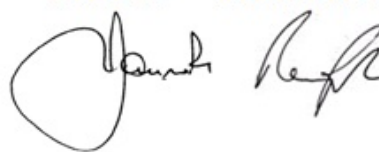
Banca iscritta all'Albo delle Banche e Capogruppo del Gruppo Bancario UniCredit – Albo dei Gruppi Bancari: cod 02008.1 – Cod ABI 02008.1 –

Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma, Codice Fiscale e P.IVA n° 00348170101 – Aderente al Fondo Interbancario di Tutela dei Depositi e al

Fondo Nazionale di Garanzia

CreditRas Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa

Mauro Re Maurizio Binetti



GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3467
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 22-02-2016

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 Finanziamento erogato dal Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva indipendentemente dallo status lavorativo;

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 Finanziamento, calcolato in base ad un piano di ammortamento a rata costante mensile posticipata avente come parametri l'importo finanziato, la durata ed il TAN del Finanziamento stesso; il tutto al netto di eventuali rate insolte e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

Nel caso di Finanziamento con Periodo di Preammortamento:

- a) durante tale periodo il Capitale Residuo rimane costante e pari all'importo finanziato; non sono quindi compresi gli interessi maturati su tale importo finanziato;
- b) dalla data di scadenza di tale periodo il Capitale Residuo è pari al debito residuo in linea capitale a carico dell'Assicurato relativamente al Finanziamento, calcolato in base ad un piano di ammortamento a rata costante mensile posticipata avente come parametri l'importo finanziato, la durata (al netto del Periodo di Preammortamento) ed il TAN del Finanziamento stesso (eventualmente rideterminati nel corso della durata del Finanziamento a seguito dell'attivazione da parte dell'Assicurato di una o più Opzioni del Finanziamento); il tutto al netto di eventuali rate insolte e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;

Contraente

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

Data di scadenza del Finanziamento

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

Durata del Finanziamento

la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di erogazione e la Data di scadenza del Finanziamento, compreso eventuale Periodo di Preammortamento;

Finanziamento

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato avente per oggetto la concessione all'Assicurato, da parte del Contraente, di un finanziamento a breve o medio termine;

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;

Opzioni del Finanziamento

le opzioni sottoelencate, previste dai soli Finanziamenti del tipo Credit Express Dynamic, aventi Durata del Finanziamento non superiore a 85 mesi e importo finanziato non superiore a € 38.000,00, che l'Assicurato può esercitare nei limiti ed alle condizioni dettagliatamente previsti dal Finanziamento stesso:

- a) **Salto Rata:** consente all'Assicurato di posticipare la scadenza di una rata mensile per ciascuna annualità del piano di ammortamento del Finanziamento in essere al momento dell'attivazione dell'opzione (quindi, con un massimo di sette richieste per ciascun Finanziamento di durata originaria pari a 85 mesi). L'attivazione di tale opzione genera una modifica del piano di ammortamento e della durata del Finanziamento, durata che in nessun caso potrà superare i 92 mesi;
- b) **Cambio Rata:** consente all'Assicurato di modificare in qualsiasi momento il piano di rimborso del Finanziamento cambiando l'importo delle rate residue. Il nuovo piano di ammortamento del Finanziamento potrà avere una durata massima di 84 mesi;
- c) **Ricarica:** consente all'Assicurato di ottenere nuova liquidità sul proprio conto corrente, aumentando il Capitale Residuo fino al massimo dell'importo originariamente richiesto. Il nuovo piano di ammortamento del Finanziamento potrà avere una durata massima di 84 mesi.

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 Preammortamento

il periodo di tempo iniziale del Finanziamento durante il quale le rate sono formate per intero da interessi passivi senza alcuna quota relativa al capitale;

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;

Sinistro

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3467
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 22-02-2016

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 o malattia grave (ove prevista), corrisposti all'Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva Danni collegata alla presente Polizza Collettiva, 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 dodici 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) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- 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) 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;
- j) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

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 la contemporanea adesione da parte dell'Assicurato anche alla collegata Polizza Collettiva Danni riferita allo status lavorativo dell'Assicurato al momento dell'adesione, 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 rapporto del Finanziamento;
- b) dati anagrafici dell'Assicurato;
- c) Durata del Finanziamento;
- d) somma assicurata iniziale (deve corrispondere all'importo finanziato relativo al Finanziamento);
- e) Premio unico anticipato;
- f) costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- g) importo percepito 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 del modulo (Questionario Medico) atto a valutare lo stato di salute dell'Assicurando.

Le informazioni inerenti lo stato di salute fornite all'Impresa di Assicurazione dall'Assicurando devono corrispondere a verità ed esattezza, in caso contrario valgono le disposizioni previste dall'**art. 18 "Dichiarazioni inesatte od omissioni"**.

4.2 Valutazione dello stato di salute.

La valutazione dell'assumibilità del rischio avviene mediante la compilazione e sottoscrizione da parte dell'Assicurando 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.

In ogni caso l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

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).

4.4 Operatività della prestazione assicurata.

La polizza è da ritenersi operante esclusivamente nel caso in cui l'erogazione del Finanziamento 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 Finanziamento si verificano 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. 18 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

Nel caso in cui l'erogazione del Finanziamento avvenga successivamente al termine sopraindicato, 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, 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) Fascicolo 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.6 - Persone non assicurabili

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

- a) alla data di erogazione del Finanziamento siano di età inferiore a diciotto anni;
- b) alla Data di scadenza del Finanziamento risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;
- c) abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di Durata superiore a centoventi mesi;
- d) non siano residenti in Italia;
- e) a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico 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 Contraente trattiene l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Finanziamento.

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento a condizione che:

- a) l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Modulo di Adesione;
- b) l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente da CreditRas Vita

e sia stato pagato il relativo Premio.

Art.8 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dall'Assicurato stesso e non potrà comunque avere durata superiore a centoventi mesi. Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.9 – "Diritto di recesso dell'Assicurato" e 12 – "Estinzione anticipata, surroga del Finanziamento", 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 Finanziamento e senza alcun rimborso di Premio, dalle ore 24 del giorno in cui verrà liquidato all'Assicurato l'Indennizzo, per Decesso, o per Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave (ove prevista) 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 Finanziamento, 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.

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.

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

dove:

- P Premio unico anticipato
T tasso mensile finito pari a 0,03420%
N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
Ir importo richiesto del Finanziamento (l'importo finanziato è pari alla somma dell'importo richiesto e dei Premi della presente Polizza Collettiva e della collegata Polizza Collettiva Danni).

Non è previsto alcuno sconto del Premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

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

La Prestazione Assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'importo finanziato relativo al Finanziamento sottoscritto dall'Assicurato medesimo e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso.

La massima Prestazione assicurabile viene stabilita pari a € 120.000,00 e in nessun caso l'Impresa sarà quindi tenuta a pagare, per singola adesione, importo maggiore di tale somma.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 150.000,00 anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa.

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con eventuali altri indennizzi derivanti dalle garanzie Invalidità Permanente Totale o per Malattia Grave (ove prevista) di cui alla Polizza Collettiva Danni collegata alla presente Polizza Collettiva.

Art.12 – Estinzione anticipata, surroga del Finanziamento

Nel caso di:

- a) estinzione anticipata del Finanziamento rispetto la Data di scadenza;
 - b) trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
- l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione o di surroga e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

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

$$R = Ppu \times \frac{(N-K) \times (N-K+1)}{N \times (N+1)} + H \times \frac{(N-K)}{N}$$

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
K durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi (dato arrotondato per eccesso)

Esempio

Per un Finanziamento erogato per un Importo richiesto di € 10.000 con durata di 60 mesi, in caso di estinzione anticipata totale dopo 40 mesi, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

- P = € 205,20
Ppu = € 87,41
H = € 117,78
N = 60
K = 40
R = € 49,30

L'Impresa provvederà al rimborso del Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente.

L'Assicurato potrà, 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 Finanziamento; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata oppure di trasferimento del Finanziamento.

Art.13 – Salto Rata

L'Opzione Salto Rata è prevista dai soli Finanziamenti del tipo Credit Express Dynamic aventi Durata del Finanziamento non superiore a 85 mesi e importo finanziato non superiore a € 38.000,00.

Nel caso l'Assicurato eserciti l'Opzione Salto Rata, l'Assicurazione continuerà ad operare adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento e l'Assicurato non dovrà corrispondere alcun Premio aggiuntivo integrativo.

La nuova Durata dell'Assicurazione così estesa non potrà comunque in nessun caso superare 92 mesi.

L'Impresa non procederà ad alcun rimborso di Premio nel caso in cui l'Assicurato attivi una o più volte l'Opzione Salto Rata e l'estinzione o la surroga del Finanziamento si verifichi oltre la Data di scadenza originaria del Finanziamento medesimo in essere precedentemente all'attivazione dell'Opzione.

Art.14 – Cambio Rata - Ricarica

Le Opzioni Cambio Rata o Ricarica sono previste dai soli Finanziamenti del tipo Credit ExpressDynamic aventi Durata del Finanziamento non superiore a 85 mesi e importo finanziato non superiore a € 38.000,00.

In caso l'Assicurato eserciti l'Opzione Ricarica, l'Assicurato medesimo potrà decidere in alternativa di:

- a) adeguare i termini dell'Assicurazione al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento. Tale scelta comporterà il pagamento di un Premio integrativo, calcolato come descritto di seguito e sarà perseguibile soltanto qualora siano soddisfatte entrambe le seguenti condizioni:

- la presente Polizza Collettiva sia ancora distribuita alla data di richiesta di attivazione dell'Opzione;
- l'Assicurato non risulti di età maggiore di settantacinque anni compiuti alla nuova Data di scadenza del Finanziamento.

La Durata dell'Assicurazione sarà pari alla durata del nuovo piano di ammortamento del Finanziamento e non potrà in ogni caso superare 84 mesi;

- b) non modificare l'Assicurazione esistente lasciandola in vigore nei termini già in corso fino alla Data di scadenza del Finanziamento così come in essere prima dell'attivazione dell'Opzione.

In caso l'Assicurato attivi l'Opzione Cambio Rata, l'Assicurazione rimarrà in vigore nei termini già in corso fino alla Data di scadenza del Finanziamento, così come in essere prima dell'attivazione dell'Opzione.

L'Assicurato dovrà manifestare la propria scelta al Contraente, su apposito supporto informatico o cartaceo, contestualmente alla richiesta al Contraente stesso di attivazione dell'Opzione Ricarica che potrà avvenire:

- recandosi direttamente presso la filiale del Contraente presso cui è stato acceso il Finanziamento;
- utilizzando uno dei canali previsti e disciplinati nel contratto di "Banca Multicanale" sottoscritto tra l'Assicurato ed il Contraente, ovvero mediante altra modalità tecnica equivalente.

In entrambi i casi all'Assicurato verrà comunicato l'importo del Premio integrativo.

Qualora la presente Polizza Collettiva abbia subito modifiche e/o aggiornamenti delle condizioni alla data di richiesta di attivazione dell'Opzione Ricarica, l'Assicurato ne sarà informato dal Contraente. In tal caso, l'Assicurato avrà la possibilità di adeguare i termini dell'Assicurazione al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento aderendo alle nuove condizioni della Polizza Collettiva tramite sottoscrizione di un nuovo specifico Modulo di Adesione.

Il Premio integrativo di cui alla lettera a) sarà determinato come differenza tra il Premio calcolato sulla base dei nuovi termini del Finanziamento (durata residua e Capitale Residuo) ed il rateo di Premio non goduto per l'Assicurazione esistente, come di seguito indicato:

$$P_i = (T \times D_r \times C_r) - R$$

dove:

P_i Premio unico anticipato integrativo

T tasso mensile finito in vigore alla data di attivazione dell'Opzione Ricarica

D_r durata residua del Finanziamento, espressa in mesi interi, a seguito dell'attivazione dell'Opzione Ricarica

C_r Capitale Residuo del Finanziamento a seguito dell'attivazione dell'Opzione Ricarica

R rateo di Premio non goduto per l'Assicurazione esistente calcolato come previsto all'art.12 – "Estinzione anticipata, surroga del Finanziamento"

Nel caso in cui l'Assicurato abbia precedentemente attivato una o più volte l'Opzione Salto Rata e l'Opzione Ricarica venga attivata successivamente alla Data di scadenza del Finanziamento in essere prima dell'attivazione dell'Opzione Salto Rata, l'Impresa non correrà alcun rateo di Premio non goduto per l'Assicurazione esistente.

Art.15 – Estensione territoriale

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

Art.16 - Obblighi in caso di Sinistro

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

- a) farne denuncia per iscritto all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro stesso mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare all'Impresa al seguente indirizzo:

CreditRas Vita S.p.A.
presso Financial Insurance Company Limited
Ufficio Sinistri
Via San Gregorio, 34
20124 Milano

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione Assicurata ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.

La denuncia di Sinistro deve essere effettuata utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato; tale modulo è disponibile presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Finanziamento oppure può essere ottenuto contattando la Società al numero verde 800 96 00 03 operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00. Telefonando a tale numero 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 Finanziamento 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.17 – 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 beneficio e le sue eventuali revocazioni 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.18 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze originarie o sopravvenute 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.19 – 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.20 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.21 - Rinvio alle norme di legge

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

MODULO DI ADESIONE – DIPENDENTI PRIVATI
Polizze Collettive di Assicurazione Vita n°3467 e Danni n°10025248
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa
 Edizione 22-02-2016 - Data ultimo aggiornamento 22-02-2016

Dati Finanziamento

N° rapporto _____

Dati Assicurato

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Dati copertura assicurativa

Importo richiesto del Finanziamento € _____

Durata del Finanziamento in mesi _____

Prestazione Assicurata/ Somma assicurata € _____

Garanzie - Prestazioni - Somme assicurate:

- **Morte** – Prestazione assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento
- **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia** – Somma assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento
- **Perdita d'Impiego Involontaria** – Somma assicurata: importo pari alla Rata/e del Finanziamento

Premio unico anticipato

Polizza Collettiva Vita € _____

Polizza Collettiva Danni € _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Polizza Collettiva Vita € _____

Polizza Collettiva Danni € _____

Importo percepito dall'Intermediario

Polizza Collettiva Vita € _____

Polizza Collettiva Danni € _____

PRENDO ATTO che UniCredit S.p.A. ("Banca") ha stipulato, per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari di un Finanziamento da essa erogato, con CreditRas Vita S.p.A. ("CRV") la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3467 ("Polizza Vita") concernente una copertura assicurativa per il caso di morte, e con CreditRas Assicurazioni S.p.A. ("CRA") la Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025248 ("Polizza Danni") concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalidità Permanente Totale e Perdita d'Impiego Involontaria**;

DICHIARO di essere Lavoratore Dipendente Privato, di essere in possesso di tutti gli altri requisiti di assicurabilità e di non rientrare nelle categorie previste dall'Art. 6 – **Personae non assicurabili** - delle Condizioni di Assicurazione, e di aderire in qualità di Assicurato alle **Polizze Vita e Danni**.

AUTORIZZO la Banca a trasmettere a CRV e CRA le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione delle **Polizze Vita e Danni**.

PRENDO ATTO (i) che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto, e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente da CRV e CRA; c) siano stati pagati i relativi Premi e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario; (ii) che in caso di adesione alle Polizze Collettive non contestuale alla data di erogazione del Finanziamento la copertura assicurativa decorre, dalle ore 24 della data di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto, e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente da CRV e CRA; c) siano stati pagati i relativi Premi, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario; (iii) che in caso di adesione alle Polizze Collettive a seguito della variazione dello status lavorativo la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio a condizione che sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione (o analoga successiva versione vigente) e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario.

PRENDO ATTO che, per il caso di morte, il beneficio della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza Vita** spetta ai miei eredi testamentari o, in mancanza, legittimi in parti uguali, salvo quanto da me specificatamente indicato nel presente Modulo di Adesione e fatto salvo quanto disposto dagli artt.1920 e1921 del Codice Civile.

DÒ MANDATO irrevocabile alla Banca di effettuare in nome e per conto mio il pagamento dei Premi a favore di CRV e CRA. La Banca tratterà l'ammontare dei Premi direttamente dall'importo del Finanziamento.

Data _____ Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità delle **Polizze Vita e Danni DICHIARO** espressamente di:

- a) di essere consapevole che l'adesione alle presenti Polizze Collettive 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 nei Fascicoli Informativi ricevuti;
- d) aver ricevuto l'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

Firma Assicurato _____

DICHIARO di avere ricevuto da parte del Contraente, prima dell'adesione alle **Polizze Vita e Danni**, copia integrale dei Fascicoli Informativi – ciascuno composto da Nota Informativa; Glossario; Condizioni di Assicurazione; Modulo di Adesione - ai sensi e per gli effetti di cui agli artt.4 e 30 del Regolamento ISVAP n°35 del 26 maggio 2010.

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO

Ai fini dell'Assicurazione, l'Assicurato **DICHIARA** di aver compilato e sottoscritto il Questionario Medico preventivamente ricevuto (trattenendone copia) e che la valutazione rilasciata da **CRV** e **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 **CRV** e **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 essa 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 Finanziamento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Inoltre, relativamente alla sola **Polizza Danni**, 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 di cui all'art.13 del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003), acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Firma Assicurato _____

DESIGNAZIONE BENEFICIARI (OPZIONALE)

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

Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____
Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____

Firma Assicurato _____

INFORMATIVA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti.¹
La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI²

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti³ sono utilizzati da CreditRas Assicurazioni S.p.A. e da CreditRas Vita S.p.A., da società del Gruppo Allianz e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che ci ha richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;

anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza, nonché di schede e questionari.

In particolare i Suoi dati sono utilizzati per fornirLe i servizi conseguenti all'adesione, in qualità di assicurato, a polizze assicurative stipulate da UniCredit S.p.A. con CreditRas Assicurazioni S.p.A. e CreditRas Vita S.p.A.

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, ivi inclusi i dati necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo.

Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili"⁴ strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: UniCredit S.p.A. quale contraente delle polizze suddette, altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi e riassicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Il Suo consenso riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

- CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - numero verde 800.11.66.33
- CreditRas Vita S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano numero 02 72.16.31.99

Senza i Suoi dati, non potremmo fornirLe i servizi e i prodotti in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge, lo prevede ad esempio la disciplina antiriciclaggio.

MODALITÀ D'USO DEI DATI

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richieste anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica o organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o dell'"incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz o della catena distributiva quali UniCredit S.p.A., contraente delle polizze suddette, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori e altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto dell'Impresa quali legali, periti e medici; autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi 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.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità delle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a:

- CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - numero verde 800.11.66.33
- CreditRas Vita S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano numero 02 72.16.31.99

potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie e il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la ridistribuzione del rischio.

La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni da Lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

Ha, anche, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al loro trattamento.⁵

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a:

- CreditRas Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - numero verde 800.11.66.33 - fax 02 72.16.25.88 - e-mail info_creditras@allianz.it (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).
- CreditRas Vita S.p.A. - Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - telefono 02 72.16.31.99 - fax 02 72.16.27.35 - e-mail info@creditrasvita.it (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).

Data

Nome, cognome (o denominazione) e firma degli interessati per il consenso

1. Art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003).
2. Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per la prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.
3. Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc.
4. Sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, al Suo stato di salute, alle Sue opinioni politiche e sindacali e alle Sue convinzioni religiose (art.4, comma 1., lettera d) Codice in materia di protezione dei dati personali).
5. Questi diritti sono previsti dall'art.7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

MODULO DI ADESIONE – DIPENDENTI PUBBLICI E NON LAVORATORI
Polizze Collettive di Assicurazione Vita n°3467 e Danni n°10025249
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa
Edizione 22-02-2016 - Data ultimo aggiornamento 22-02-2016

Dati Finanziamento

N° rapporto _____

Dati Assicurato (barrare box):

Dipendente Pubblico

Non Lavoratore

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Dati copertura assicurativa

Importo richiesto del Finanziamento € _____

Durata del Finanziamento in mesi _____

Prestazione Assicurata/ Somma assicurata € _____

Garanzie - Prestazioni - Somme assicurate:

- **Morte** – Prestazione assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento
- **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia** –Somma assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento
- **Malattia Grave** – Somma assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento
- **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** – Somma assicurata: importo pari alla Rata/e del Finanziamento

Premio unico anticipato

Polizza Collettiva Vita € _____

Polizza Collettiva Danni € _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Polizza Collettiva Vita € _____

Polizza Collettiva Danni € _____

Importo percepito dall'Intermediario

Polizza Collettiva Vita € _____

Polizza Collettiva Danni € _____

PRENDO ATTO che UniCredit S.p.A. ("Banca") ha stipulato, per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari di un Finanziamento da essa erogato, con CreditRas Vita S.p.A. ("CRV") la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3467 ("Polizza Vita") concernente una copertura assicurativa per il caso di **Morte**, e con CreditRas Assicurazioni S.p.A. ("CRA") la Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025249 ("Polizza Danni") concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia;**

DICHIARO di appartenere alla categoria lavorativa sopra barrata, di essere in possesso di tutti gli altri requisiti di assicurabilità e di non rientrare nelle categorie previste dall'Art. 6 – **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 CRV e CRA le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione delle **Polizze Vita e Danni.**

PRENDO ATTO (i) che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto, e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente da **CRV e CRA**; c) siano stati pagati i relativi Premi e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario; (ii) che in caso di adesione alle Polizze Collettive non contestuale alla data di erogazione del Finanziamento la copertura assicurativa decorre, dalle ore 24 della data di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione), a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto, e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente da **CRV e CRA**; c) siano stati pagati i relativi Premi, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario; (iii) che in caso di adesione alle Polizze Collettive a seguito della variazione dello status lavorativo la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio a condizione che sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione (o analoga successiva versione vigente) e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario.

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

DÒ MANDATO irrevocabile alla Banca di effettuare in nome e per conto mio il pagamento dei Premi a favore di **CRV e CRA.** La Banca tratterà l'ammontare dei Premi direttamente dall'importo del Finanziamento.

Data _____ Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità delle **Polizze Vita e Danni DICHIARO** espressamente di:

- e) di essere consapevole che l'adesione alle presenti Polizze Collettive è facoltativa;
- f) esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;
- g) aver letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nei Fascicoli Informativi ricevuti;
- h) aver ricevuto l'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

Firma Assicurato _____

DICHIARO di avere ricevuto da parte del Contraente, prima dell'adesione alle **Polizze Vita e Danni**, copia integrale dei Fascicoli Informativi – ciascuno composto da Nota Informativa; Glossario; Condizioni di Assicurazione; Modulo di Adesione - ai sensi e per gli effetti di cui agli artt.4 e 30 del Regolamento ISVAP n°35 del 26 maggio 2010.

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO

Ai fini dell'Assicurazione, l'Assicurato **DICHIARA** di aver compilato e sottoscritto il Questionario Medico preventivamente ricevuto (trattenendone copia) e che la valutazione rilasciata da **CRV** e **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 **CRV** e **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 essa contenute.
- l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

Firma Assicurato _____

DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 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 Finanziamento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Inoltre, relativamente alla sola **Polizza Danni**, 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 di cui all'art.13 del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003), acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Firma Assicurato _____

DESIGNAZIONE BENEFICIARI (OPZIONALE)

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

Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____
Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____

Firma Assicurato _____

INFORMATIVA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti¹.
La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI²

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti³ sono utilizzati da CreditRas Assicurazioni S.p.A. e da CreditRas Vita S.p.A., da società del Gruppo Allianz e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che ci ha richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;

anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza, nonché di schede e questionari.

In particolare i Suoi dati sono utilizzati per fornirLe i servizi conseguenti all'adesione, in qualità di assicurato, a polizze assicurative stipulate da UniCredit S.p.A. con CreditRas Assicurazioni S.p.A. e CreditRas Vita S.p.A.

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, ivi inclusi i dati necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo.

Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili"⁴ strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri.

Il consenso che Le chiediamo, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: UniCredit S.p.A. quale contraente delle polizze suddette, altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi e riassicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Il Suo consenso riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

- CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - numero verde 800.11.66.33
- CreditRas Vita S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano numero 02 72.16.31.99

Senza i Suoi dati, non potremmo fornirLe i servizi e i prodotti in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge, lo prevede ad esempio la disciplina antiriciclaggio.

MODALITÀ D'USO DEI DATI

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richieste anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica o organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o dell'"incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz o della catena distributiva quali UniCredit S.p.A., contraente delle polizze suddette, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori e altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto dell'Impresa quali legali, periti e medici; autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi 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.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità delle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a:

- CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - numero verde 800.11.66.33
- CreditRas Vita S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano numero 02 72.16.31.99

potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie e il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la ridistribuzione del rischio.

La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni da Lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

Ha, anche, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al loro trattamento⁵.

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a:

- CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - numero verde 800.11.66.33 - fax 02 72.16.25.88 - e-mail info_creditras@allianz.it (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).
- CreditRas Vita S.p.A. - Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - telefono 02 72.16.31.99 - fax 02 72.16.27.35 - e-mail info@creditravita.it (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).

¹ Art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003).

² Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per la prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.

³ Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc.

⁴ Sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, al Suo stato di salute, alle Sue opinioni politiche e sindacali e alle Sue convinzioni religiose (art.4, comma 1., lettera d) Codice in materia di protezione dei dati personali).

⁵ Questi diritti sono previsti dall'art.7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

MODULO DI ADESIONE – LAVORATORI AUTONOMI
Polizze Collettive di Assicurazione Vita n°3467 e Danni n°10025250
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa
Edizione 22-02-2016 - Data ultimo aggiornamento 22-02-2016

Dati Finanziamento

N° rapporto _____

Dati Assicurato

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Dati copertura assicurativa

Importo richiesto del Finanziamento € _____

Durata del Finanziamento in mesi _____

Prestazione Assicurata/ Somma assicurata € _____

Garanzie - Prestazioni - Somme assicurate:

- **Morte – Prestazione assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento**
- **Invalità Permanente Totale da Infortunio o Malattia –Somma assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento**
- **Malattia Grave –Somma assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento**
- **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia - Somma assicurata: importo pari alla Rata/e del Finanziamento**
- **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**

Premio unico anticipato

Polizza Collettiva Vita € _____

Polizza Collettiva Danni € _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Polizza Collettiva Vita € _____

Polizza Collettiva Danni € _____

Importo percepito dall'Intermediario

Polizza Collettiva Vita € _____

Polizza Collettiva Danni € _____

PRENDO ATTO che UniCredit S.p.A. ("Banca") ha stipulato, per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari di un Finanziamento da essa erogato, con CreditRas Vita S.p.A. ("CRV") la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3467 ("Polizza Vita") concernente una copertura assicurativa per il caso di **Morte**, e con CreditRas Assicurazioni S.p.A. ("CRA") la Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025250 ("Polizza Danni") concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia.**

DICHIARO di essere Lavoratore Autonomo, 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 alle **Polizze Vita e Danni.**

AUTORIZZO la **Banca** a trasmettere a **CRV e CRA** le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione delle **Polizze Vita e Danni.**

PRENDO ATTO (i) che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto, e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente da **CRV e CRA**; c) siano stati pagati i relativi Premi e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario; (ii) che in caso di adesione alle Polizze Collettive non contestuale alla data di erogazione del Finanziamento la copertura assicurativa decorre, dalle ore 24 della data di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione), a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto, e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente da **CRV e CRA**; c) siano stati pagati i relativi Premi, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario; (iii) che in caso di adesione alle Polizze Collettive a seguito della variazione dello status lavorativo la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio a condizione che sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione (o analoga successiva versione vigente) e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario.

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

DÒ MANDATO irrevocabile alla **Banca** di effettuare in nome e per conto mio il pagamento dei Premi a favore di **CRV e CRA.** La **Banca** tratterà l'ammontare dei Premi direttamente dall'importo del Finanziamento.

Data _____ Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità delle **Polizze Vita e Danni DICHIARO** espressamente di:

- i) di essere consapevole che l'adesione alle presenti Polizze Collettive è facoltativa;
- j) esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;
- k) aver letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nei Fascicoli Informativi ricevuti;
- l) aver ricevuto l'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

Firma Assicurato _____

DICHIARO di avere ricevuto da parte del Contraente, prima dell'adesione alle **Polizze Vita e Danni**, copia integrale dei Fascicoli Informativi – ciascuno composto da Nota Informativa; Glossario; Condizioni di Assicurazione; Modulo di Adesione - ai sensi e per gli effetti di cui agli artt.4 e 30 del Regolamento ISVAP n°35 del 26 maggio 2010.

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO

Ai fini dell'Assicurazione, l'Assicurato **DICHIARA** di aver compilato e sottoscritto il Questionario Medico preventivamente ricevuto (trattenendone copia) e che la valutazione rilasciata da **CRV** e **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 **CRV** e **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 essa 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 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 Finanziamento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.
- Inoltre, relativamente alla sola **Polizza Danni**, 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 di cui all'art.13 del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003), acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Firma Assicurato _____

DESIGNAZIONE BENEFICIARI (OPZIONALE)

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

Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____
Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____

Firma Assicurato _____

INFORMATIVA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti¹.
La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI²

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti³ sono utilizzati da CreditRas Assicurazioni S.p.A. e da CreditRas Vita S.p.A., da società del Gruppo Allianz e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che ci ha richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;

anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza, nonché di schede e questionari.

In particolare i Suoi dati sono utilizzati per fornirLe i servizi conseguenti all'adesione, in qualità di assicurato, a polizze assicurative stipulate da UniCredit S.p.A. con CreditRas Assicurazioni S.p.A. e CreditRas Vita S.p.A.

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, ivi inclusi i dati necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo.

Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili"⁴ strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: UniCredit S.p.A. quale contraente delle polizze suddette, altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi e riassicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Il Suo consenso riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

- CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - numero verde 800.11.66.33
- CreditRas Vita S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano numero 02 72.16.31.99

Senza i Suoi dati, non potremmo fornirLe i servizi e i prodotti in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge, lo prevede ad esempio la disciplina antiriciclaggio.

MODALITÀ D'USO DEI DATI

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richieste anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica o organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o dell'"incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz o della catena distributiva quali UniCredit S.p.A., contraente delle polizze suddette, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori e altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto dell'Impresa quali legali, periti e medici; autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi 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.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità delle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a:

- CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - numero verde 800.11.66.33
- CreditRas Vita S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano numero 02 72.16.31.99

potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie e il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la ridistribuzione del rischio.

La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni da Lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

Ha, anche, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al loro trattamento⁵.

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a:

- CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - numero verde 800.11.66.33 - fax 02 72.16.25.88 - e-mail info_creditras@allianz.it (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).
- CreditRas Vita S.p.A. - Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - telefono 02 72.16.31.99 - fax 02 72.16.27.35 - e-mail info@creditravita.it (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).

¹ Art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003).

² Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per la prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.

³ Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc.

⁴ Sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, al Suo stato di salute, alle Sue opinioni politiche e sindacali e alle Sue convinzioni religiose (art.4, comma 1., lettera d) Codice in materia di protezione dei dati personali).

⁵ Questi diritti sono previsti dall'art.7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.