

CreditRas

VITA SPA

Gruppo Assicurativo Allianz 

FASCICOLO INFORMATIVO
Polizza Collettiva di Assicurazione
N°3450
Fido protetto
UniCredit
ad adesione facoltativa

Il presente Fascicolo Informativo, contenente i seguenti documenti:

- 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: 31/05/2015 – Ultimo aggiornamento: 31/05/2015

NOTA INFORMATIVA
Polizza Collettiva di Assicurazione n°3450
Fido Protetto
UniCredit ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 31-05-2015

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 L'Assicurazione termina alle ore 24 del 31-12 dell'anno in cui ha avuto decorrenza l'Assicurazione stessa.
AVVERTENZA In mancanza di disdetta inviata dall'Affidato o dall'Impresa, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.
Per maggior dettaglio si rinvia all'art.8 – "Durata dell'Assicurazione – Tacita proroga" delle Condizioni di Assicurazione.

Coperture assicurative offerte

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) prestazioni in caso di decesso;
- b) prestazioni in caso di Invalidità Totale Permanente.

Si rinvia per la disciplina specifica all'art.1 – "Oggetto 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"; delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA È previsto un limite massimo di età per l'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.6 – "Persone non assicurabili" delle Condizioni di Assicurazione; 8 – "Durata dell'Assicurazione – Tacita proroga – Limite di età".

AVVERTENZA Prima di sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata nel Modulo di Adesione è necessario verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in essa contenute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

4. Premi

Il Premio deve essere corrisposto mensilmente.

Il Premio mensile è indipendente dall'età e dal sesso dell'Assicurato ed è determinato per ciascun mese in base all'esposizione media ponderata del Fido nel mese stesso.

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

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

Composizione del premio

- Premio puro – 51,50%
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – 48,50%, di cui
 - importo percepito dall'Intermediario – 45,00%

Esempio

- Premio mensile - € 10,00
- Premio puro – € 5,15
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – € 4,85, di cui
 - importo percepito dall'Intermediario – € 4,50

AVVERTENZA In caso di estinzione del Fido, l'Assicurazione cessa, senza alcun rimborso di Premio, dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui si è verificata l'estinzione. Per maggior dettaglio si rinvia all'art. 8 – "Durata dell'Assicurazione – Tacita proroga – Limite di età" delle Condizioni di Assicurazione.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

- 5. Costi gravanti direttamente sul Contraente** I costi della Polizza Collettiva sono interamente gravanti sull’Affidato. Non sono previsti costi gravanti sul Contraente.
- Costi gravanti sul premio**
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – 48,50%, di cui
 - importo percepito dall’Intermediario – 45,00%
- Esempio**
- Premio mensile - € 10,00
 - Premio puro – € 5,150
 - costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – € 4,85 di cui
 - importo percepito dall’Intermediario – € 4,50
- 6. Regime Fiscale** Il Premio non è soggetto ad alcuna imposta.

D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA COLLETTIVA

- 7. Modalità di perfezionamento del contratto** L’adesione alla Polizza Collettiva è consentita soltanto alle società o ditte individuali che hanno stipulato un Fido con il Contraente. Per la disciplina specifica si rinvia agli artt.4 – “Modalità di adesione alla Polizza Collettiva”; 5 – “Documentazione da consegnare all’Affidato al momento dell’adesione alla Polizza Collettiva”; delle Condizioni di Assicurazione.
- 8. Diritto di recesso** L’Affidato può recedere dall’Assicurazione entro sessanta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva con effetto dalla data di decorrenza dell’Assicurazione stessa. Non è previsto il diritto di recesso da parte dell’Impresa. Per maggior dettaglio si rinvia all’art.9 – “Diritto di ripensamento dell’Affidato” delle Condizioni di Assicurazione.
- 9. Sinistri - Documentazione da consegnare all’Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**
- AVVERTENZA** Per momento di insorgenza del sinistro di Invalidità Permanente Totale si intende: Infortuni: il momento dell’accadimento dell’infortunio; Malattia: il momento in cui la Malattia insorge o viene diagnosticata.
- AVVERTENZA** La percentuale di Invalidità Permanente da Malattia viene accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di accadimento della Malattia stessa. Per maggior dettaglio si rinvia all’art.14 – “Invalidità Permanente Totale da Malattia” delle Condizioni di Assicurazione.
- AVVERTENZA** Nella Polizza Collettiva sono previste modalità e termini per la denuncia dei sinistri. Per la disciplina specifica sulla documentazione da consegnare all’Impresa si rinvia all’art.16 – “Obblighi in caso di Sinistro” delle Condizioni di Assicurazione.
- AVVERTENZA** Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell’Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia all’art.16 – “Obblighi in caso di Sinistro” delle Condizioni di Assicurazione.
- L’Impresa provvede al pagamento della prestazione dovuta entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria per la liquidazione. Per la disciplina specifica si rinvia all’art.19 – “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.
- 10. Legge applicabile alla Polizza Collettiva** La legislazione applicabile alla Polizza Collettiva è quella italiana.
- 11. 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.
- 12. Reclami** Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, compresi quelli relativi alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa, devono essere presentati per iscritto a:
- CREDITRAS VITA S.p.A.** - Servizio Clienti
Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia)
tel. 02.72161 - fax. 02.72162735
indirizzo e.mail: info@creditrasvita.it.
- La Società fornirà risposta entro 45 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
Numero Verde 800.486.661
Fax: 06.42.133.745 o 06.42.133.353
- corredando l’esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.
- Il modello per presentare un reclamo all’IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione PER IL CONSUMATORE - Come presentare un reclamo o, in alternativa, sul sito www.creditrasvita.it alla Sezione Servizio Clienti.
- 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 esaustiva 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.

13. Arbitrato

AVVERTENZA In caso di sinistro, qualora le parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria. Il Luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

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.

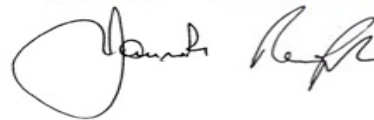
15. Informativa in corso di contratto di Assicurazione

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.

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 n°3450
Fido Protetto
UniCredit ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 31-05-2015

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

Affidato

la società o la ditta individuale, cliente del Contraente, che ha stipulato un Fido con il Contraente medesimo;

Assicurato

il soggetto sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione e cioè la persona fisica, di rilevante importanza per l'Affidato (collaboratore, socio, dipendente), indicata dall'Affidato stesso;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Beneficiario

il soggetto al quale spetta la Prestazione Assicurata;

Contraente

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

Fido

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Affidato avente per oggetto la concessione all'Affidato, da parte del Contraente, di un affidamento bancario a breve termine come definito da Bankitalia;

Impresa

CreditRas Vita S.p.A.;

Infortunio

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

Intermediario

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

Invalidità Permanente

la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;

Invalidità Permanente Totale

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

Malattia

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

Modulo di Adesione

il documento sottoscritto dall'Affidato e dall'Assicurato mediante il quale l'Affidato aderisce all'Assicurazione;

Periodo di Carenza

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 del giorno di adesione alla Polizza Collettiva durante il quale la garanzia non è operante;

Polizza Collettiva

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

Premio

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

Prestazione Assicurata

la somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro;

Sinistro

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione n°3450
Fido Protetto
UniCredit ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 31-05-2015

Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento della Prestazione Assicurata in caso di morte o di Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato, entrambe derivanti da Malattia o da Infortunio, che l'Assicurato stesso subisca:

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

Sono considerati Infortunio anche:

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

Art.2 – Periodo di Carenza

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

Art.3 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di morte o di Invalidità Permanente Totale causati o derivanti da:

- a) Malattie, malformazioni e stati patologici già noti all'Assicurato alla data di adesione alla Polizza Collettiva in quanto già manifestatisi e/o diagnosticati a tale data;
- b) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- c) suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- e) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- 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) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- i) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- j) 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;
- k) pratica da parte dell'Assicurato di arti marziali, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, idrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo, immersione con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'Istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua), sport aerei in genere;
- l) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- m) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- n) 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 quattordici giorni dall'inizio di tali eventi;
- o) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- p) 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.);
- q) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche.

Art.4 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva

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

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

- a) ragione sociale e partita IVA dell'Affidato;
- b) dati societari dell'Affidato;
- c) dati anagrafici dell'Assicurato;
- d) data di adesione alla Polizza Collettiva.

L'Assicurato dovrà infine sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata all'interno del Modulo di Adesione. Le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza.

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

All'Affidato dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

- a) Modulo di Adesione;
- b) Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- c) Fascicolo Informativo.

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

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

Art.6 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone:

- a) che alla data di adesione siano di età inferiore a diciotto anni o maggiore di sessantacinque anni compiuti;
- b) che non siano residenti in Italia;
- c) non siano in possesso dei requisiti previsti dalla Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

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

L'Assicurazione decorre dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello in cui l'Affidato aderisce alla Polizza Collettiva.

L'Affidato è tenuto a versare il Premio mensilmente per tutta la durata dell'Assicurazione.

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

Per ciascun mese solare di durata dell'Assicurazione, il relativo Premio calcolato come previsto dall'art.10 – "Determinazione del Premio", deve essere pagato dall'Affidato al massimo entro l'ultimo giorno del secondo mese successivo a quello cui il Premio stesso si riferisce. In caso contrario l'Assicurazione cessa automaticamente con decorrenza dal primo giorno del mese cui si riferisce il Premio non pagato.

L'Assicurazione è quindi operante a condizione che al momento del Sinistro l'Affidato sia in regola con il pagamento di tutti i Premi mensili già scaduti.

Art.8 - Durata dell'Assicurazione – Tacita proroga – Limite di età

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione termina alle ore 24 del 31-12 dell'anno in cui ha avuto decorrenza l'Assicurazione stessa. In mancanza di disdetta inviata dall'Affidato o dall'Impresa, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

L'Affidato dovrà inviare la lettera raccomandata alla filiale del Contraente presso cui è stato acceso il Fido; il Contraente ne darà quindi comunicazione all'Impresa.

È comunque facoltà dell'Affidato recedere dall'Assicurazione in qualunque momento, anche prima della scadenza annuale del 31-12. In tal caso l'Assicurazione cesserà dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui la disdetta è stata inviata.

In caso di disdetta della Polizza Collettiva da parte dell'Impresa o del Contraente, la garanzia cesserà per tutti gli Assicurati al 31-12 dell'anno in cui è stata formulata la disdetta stessa.

In caso di estinzione del Fido, l'Assicurazione cessa, senza alcun rimborso di Premio, dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui si è verificata l'estinzione.

Nel caso l'Assicurato compia settantuno anni di età in corso di contratto, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del 31-12, data da cui l'Assicurazione si dovrà intendere cessata senza alcun obbligo di disdetta.

Art.9 – Diritto di ripensamento dell'Affidato

L'Affidato può recedere dall'Assicurazione entro sessanta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva con effetto dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Il recesso dovrà essere comunicato con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare presso la filiale del Contraente presso cui è stato acceso il Fido che ne darà comunicazione all'Impresa.

Eventuali Premi mensili già corrisposti rimarranno comunque acquisiti dall'Impresa.

Art.10 - Determinazione del Premio

Per ciascun Assicurato il Premio viene corrisposto mensilmente.

Il Premio mensile è variabile ed è determinato per ciascun mese applicando il tasso mensile dello 0,078% sull'importo corrispondente all'esposizione media ponderata del Fido nel mese stesso. Nel caso in cui il Premio mensile risulti maggiore di zero, ma inferiore a € 0,01, l'importo del Premio mensile medesimo verrà arrotondato a € 0,01.

Art.11 – Prestazione Assicurata

La Prestazione Assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo e corrisponde in ogni momento al saldo del Fido così come calcolato alle ore 24 del giorno precedente a quello di accadimento del Sinistro intendendosi per tale:

- a) in caso di morte, il giorno in cui si è verificato il decesso;
- b) in caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio, il giorno in cui l'Infortunio stesso si è verificato;
- c) in caso di Invalidità Permanente Totale da Malattia, il giorno in cui, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa causare la morte oppure l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato.

Nel caso di più Assicurati per uno stesso Fido, per ciascun Assicurato la Prestazione Assicurata è pari all'intero importo di cui sopra.

Art.12 – Morte

L'Impresa liquiderà al Beneficiario la 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 per il caso morte non è cumulabile con quella per Invalidità Permanente Totale.

Art.13 – Invalidità Permanente Totale da Infortunio

Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato e questa si verifichi – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà all'Assicurato medesimo la Prestazione Assicurata.

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

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

Se, al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

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

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

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

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

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

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

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

Art.14 - Invalidità Permanente Totale da Malattia

Qualora la Malattia abbia per conseguenza diretta l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato, l'Impresa liquiderà all'Assicurato medesimo la Prestazione Assicurata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, ossia da Malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata.

Nel corso dell'Assicurazione le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

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

Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

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

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di accadimento della Malattia, intendendosi per tale il momento in cui, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa causare l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato.

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 Sinistro, l'Assicurato, l'Affidato o altro soggetto per conto dell'Assicurato medesimo deve:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato. Il modulo di denuncia Sinistro è disponibile presso la filiale del Contraente ove è stato

accesso il Fido oppure può essere ottenuto contattando l'Impresa al numero 02.7216.7700. Telefonando a tale numero potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire.

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;

- b) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto da cui deve risultare anche la sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute ivi contenuta;
- c) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- d) in caso di decesso, fornire:
 - 1) certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
 - 2) certificato medico attestante la causa del decesso;
 - 3) in caso di Infortunio, 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;
- e) fornire certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale;
- f) inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici attestanti il decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa;

L'Assicurato deve altresì:

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

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

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

Art.17– Procedura per la valutazione del danno

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

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

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

Il Collegio definisce se ed in quale misura è dovuta la Prestazione Assicurata a norma e nei limiti delle condizioni della Polizza Collettiva.

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

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

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

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

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

Art.18 – Limiti della Prestazione Assicurata – Minimo garantito

Per ciascun Sinistro la Prestazione Assicurata non potrà essere superiore a € 150.000,00, né inferiore a € 12,82.

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 più adesioni alla presente Polizza Collettiva in capo all'Assicurato medesimo.

Art.19 – Beneficiario - Pagamento della Prestazione Assicurata

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa quantifica la Prestazione Assicurata che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro trenta giorni da quest'ultima.

Il pagamento della Prestazione Assicurata verrà quindi eseguito dall'Impresa:

- a) in caso di decesso, nei confronti dell'Affidato quale Beneficiario;
- b) in caso di Invalidità Permanente Totale, nei confronti dell'Affidato quale mandatario di pagamento dell'Assicurato.

Il pagamento della Prestazione Assicurata avrà piena efficacia liberatoria nei confronti dell'Impresa. L'Affidato si impegna sin d'ora a manlevare ed a tenere indenne l'Impresa da ogni pretesa che possa essere avanzata in relazione al predetto pagamento.

Art.20 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Affidato o 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.21 – Altre assicurazioni

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

Art.22 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.23 - Rinvio alle norme di legge

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

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

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

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

MODULO DI ADESIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione n°3450 - Fido Protetto
UniCredit ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 31-05-2015

Dati Affidato		
Ragione sociale _____	Partita IVA/Codice Fiscale _____	
Dati Assicurato		
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Dati copertura assicurativa		
Data adesione _____	Tasso mensile 0,078%	
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) 48,5% del Premio versato		
Importo percepito dall'Intermediario 92,78% dei costi complessivi		

PRENDO ATTO che **UniCredit S.p.A. ("Banca")** ha stipulato con **CreditRas Vita S.p.A. ("CRV")**, per conto dei propri clienti intestatari di un Fido da essa concesso, la Polizza Collettiva di Assicurazione n°3450 ("**Polizza**"), concernente una copertura assicurativa per i casi di morte e di Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato.

DICHIARO di avere letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo ricevuto.

DICHIARO di aver ricevuto l'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

DICHIARO di aderire alla **Polizza**.

DESIGNO come Assicurato la persona sopra indicata.

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

PRENDO ATTO che il Premio deve essere corrisposto mensilmente; il Premio mensile è variabile ed è determinato per ciascun mese applicando il tasso mensile dello 0,078% sull'importo corrispondente all'esposizione media ponderata del Fido nel mese stesso. Nel caso in cui il Premio mensile risulti maggiore di zero, ma inferiore a € 0,01, l'importo del Premio mensile medesimo verrà arrotondato a € 0,01.

DÒ MANDATO irrevocabile alla **Banca** di effettuare in nome e per conto mio il pagamento di tutti i Premi mensili a favore di **CRV**, a mezzo addebito sul mio conto corrente intrattenuto presso la **Banca** medesima.

Data _____ Firma Legale Rappresentante dell'Affidato _____

DICHIARAZIONI DELL'AFFIDATO

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

- essere consapevole che l'adesione alla presente Polizza Collettiva è facoltativa;
- aver preso atto che la copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo a quello di adesione alla **Polizza** e termina alle ore 24 del 31-12 dello stesso anno a condizione che siano stati sottoscritti il presente Modulo di Adesione e la Dichiarazione di Buono Stato di Salute in esso contenuta e sia stato pagato il relativo Premio presso la **Banca**;
- aver preso atto che la copertura assicurativa, in caso di tacita proroga della **Polizza**, in mancanza di disdetta inviata dal sottoscritto o da **CRV**, si prorogherà per un anno e così successivamente, previo versamento dei successivi Premi mensili.

Firma Legale Rappresentante dell'Affidato _____

DICHIARO di avere ricevuto da parte del Contraente, prima dell'adesione alla **Polizza**, copia integrale del Fascicolo Informativo – composto da Nota Informativa; Glossario; Condizioni di Assicurazione; Modulo di Adesione - ai sensi e per gli effetti di cui all'art.4 del Regolamento ISVAP n°35 del 26 maggio 2010.

Firma Legale Rappresentante dell'Affidato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

- esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;
- avere un'età compresa fra i 18 anni compiuti ed i 65 anni non compiuti;
- prendere atto che, per il caso di morte, il beneficio della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza** spetta all'Affidato;
- dare mandato irrevocabile all'Affidato, ai sensi dell'art.1723, secondo comma del Codice Civile, anche nell'interesse di quest'ultimo o di terzi, per i casi di Invalidità Permanente Totale, ad incassare ogni indennizzo dovuto da **CRV** in base alla **Polizza**.

Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Agli effetti della validità della Polizza DICHIARO espressamente di:

- a) non essere affetto da Invalidità Permanente Totale;
- b) non soffrire e non avere mai sofferto di malattie gravi o comunque significative;
- c) non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanatori o ospedali per malattie gravi o comunque significative;
- d) non avere subito interventi chirurgici significativi;
- e) non avere mai fatto uso di sostanze stupefacenti e di non essere affetto da tossicodipendenza o alcolismo.

Per malattie gravi o significative si intendono:

Neoplasie maligne di qualsiasi tipo, Lesioni precancerose, Displasie, Leucemie, Linfomi, Mielomi. Malattie della pelle: pemfigo, micosi fungoide, psoriasi; Malattie immunopatologiche: immunodeficienze primitive e/o acquisite (HIV), lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpore, sclerodermia, artrite reumatoide, connettiviti sistemiche e vasculiti. Malattie delle ossa e delle articolazioni: artrosi severa deformante, morbo di Pott, morbo di Sudeck, osteomielite. Malattie dismetaboliche: diabete tipo II, diabete tipo I insorto da oltre 5 anni, glicogenosi, lipoidosi, emocromatosi, colesterolemia superiore a 250 mg, trigliceridemia superiore a 240 mg, grave obesità, sindrome dismetabolica consistente nell'associazione di obesità, ipercolesterolemia ed ipertensione arteriosa. Malattie dell'apparato respiratorio: insufficienza respiratoria di grado moderato o superiore, bronchite cronica con enfisema, asma bronchiale e/o allergico in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, malattia fibrocistica, sarcoidosi, mucoviscidosi, pneumotorace spontaneo, asportazione di polmone o parte di esso, ipertensione polmonare. Malattie dell'apparato cardiovascolare: ipertensione arteriosa con valori superiori a 140/90 (nonostante trattamento), fibrillazione atriale permanente, tachicardia parossistica ventricolare, blocco atrio/ventricolare di qualsiasi tipo, blocco completo di branca sx, endo-mio-pericardite, cardiopatia ischemica e/o dilatativa, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie con stenosi e/o insufficienza (anche se di grado moderato), arteriopatie sistemiche, aneurismi. Malattie dell'apparato digerente: esofagite cronica da reflusso, rettocolite ulcerosa, epatopatia cronica HBV e/o HCV correlata, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica, fegato policistico, pancreatite cronica, malattia fibrocistica. Malattie dell'apparato uro-genitale: insufficienza renale cronica (anche di grado lieve), malformazioni renali, ipertrofia prostatica. Malattie del sistema nervoso centrale e periferico: vasculopatia cerebrale, aneurismi, ictus con o senza residue paralisi, m. di Parkinson, malattia del motoneurone, miastenia grave, sclerosi a placche, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari di ogni tipo, epilessia parziale o generalizzata, morbo di Alzheimer o altre demenze, postumi di meningo/encefalite, malattie psichiatriche di qualsiasi tipo, Sindrome di Down. Malattie degli organi di senso: cecità completa, emicecità, glaucoma, nevrile ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatie, qualunque sia la causa, riduzione severa dell'acuità visiva da qualsiasi causa, otomastoidite cronica complicata, malattia di Meniere, colesteatoma, sordità completa o insufficientemente corretta da protesi acustiche. Malattie delle ghiandole endocrine: adenoma ipofisario di qualsiasi tipo, patologie tiroidee, iper o ipoparatiroidismo, affezioni surrenaliche. Malattie del sangue e degli organi emolinfopoietici: talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, piastrinosi semplice, trombocitopenia essenziale, gammopatia monoclonale, amiloidosi, ipersplenismo, malattie che abbiano comportato asportazione di milza, emofilie. Malattie rare e genetiche.

Per interventi chirurgici significativi s'intendono quegli interventi atti a curare le suddette malattie gravi o significative, oppure eseguiti a scopo di trapianto.

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Prima di sottoscrivere la presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in essa contenute.

L'Assicurato ha il diritto di non sottoscrivere la presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute e di richiedere a CRV di potersi sottoporre a visita medica per certificare il proprio stato di salute. Il costo della visita medica è a carico dell'Assicurato. CRV si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame della documentazione sanitaria prodotta dall'Assicurato.

Firma Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Affidato e 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), acconsentono al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Firma Legale Rappresentante dell'Affidato _____

Firma Assicurato _____