

CreditRas

VITA SPA

Gruppo Assicurativo Allianz 

Fido protetto

Nel presente documento sono contenuti:

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

AVVERTENZA

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

Edizione: 24/06/2019 – Ultimo aggiornamento: 24/06/2019

Assicurazione Temporanea Caso Morte

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

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

Prodotto "Fido Protetto"

Data di realizzazione 24/06/2019 – Il presente DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

È un contratto di Assicurazione Vita e Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% in forma collettiva ad adesione facoltativa riservato a Società o Ditte Individuali titolari di un Contratto di Affidamento Bancario con UniCredit S.p.A.

L'Assicurazione copre il caso di Decesso e Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%, della persona fisica - indicata come Assicurato - di rilevante importanza individuata dalla Società o Ditta Individuale aderente.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Il Contratto di Assicurazione prevede la liquidazione alla Società o Ditta Individuale Beneficiaria e mandataria di pagamento dell'Assicurato, di un Capitale in caso di decesso o di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60% dell'Assicurato avvenuto nel periodo di validità dell'Assicurazione stessa.

La garanzia è inoltre prestata nei limiti del capitale assicurato per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Vita.



Che cosa NON è assicurato?

Il presente Contratto di Assicurazione Vita non fornisce coperture assicurative diverse dal caso di decesso dell'Assicurato e Invalidità Permanente Totale.

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

- alla data di adesione siano di età inferiore a diciotto anni o maggiore di sessantacinque anni compiuti;
- non siano residenti in Italia;
- siano state ritenute non assicurabili a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico o di visita medica a cui abbiano richiesto di essere sottoposti con costi a proprio carico per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa.



Ci sono limiti di copertura?

Sì, sono presenti esclusioni per il cui dettaglio si rimanda al DIP aggiuntivo Vita.



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

Fornire all'Impresa informazioni veritiere e non reticenti riguardo le circostanze originarie o sopravvenute che influiscono sulla valutazione del rischio, con particolare riguardo alle risposte rese nella compilazione del Questionario Medico.

In caso di decesso dell'Assicurato gli aventi causa devono denunciare tempestivamente l'evento per iscritto all'Impresa, allegando la documentazione richiesta dall'impresa per la definizione del sinistro per il cui dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Vita.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è corrisposto mensilmente in forma anticipata mediante addebito sul conto corrente intrattenuto presso UniCredit S.p.A., ed è determinato per ciascun mese applicando il tasso mensile delle garanzie prestate, all'Importo del Fido accordato all'inizio di ogni mese alla Società o Ditta Individuale aderente (c.d. Affidato) ed è comprensivo dell'importo che sarà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.

Sottoscrivendo il Modulo di Adesione, l'Affidato autorizzerà la Banca ad addebitare il Premio sul proprio conto corrente.

Per ciascun mese solare di durata dell'Assicurazione il premio sarà addebitato il primo giorno lavorativo del mese successivo a quello di adesione e comunque entro 10 (dieci) giorni lavorativi dello stesso mese.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

La copertura assicurativa è annuale, decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello dell'adesione a condizione che sia stato pagato il relativo premio e termina allo scadere del dodicesimo mese successivo a quello di decorrenza. La copertura si rinnova tacitamente di anno in anno, ferma la facoltà di disdetta da parte della dell'Affidato.

La copertura assicurativa può terminare prima della suddetta scadenza solo ed esclusivamente in caso di:

- mancato pagamento del premio mensile ricorrente;
- mancato reintegro da parte della Banca del Fido Accordato;
- compimento del settantunesimo anno di età dell'Assicurato.



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

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

Trascorso il suddetto termine l'Affidato può recedere dall'Assicurazione comunicando disdetta entro 30 (Trenta) giorni dalla data di scadenza annuale ricorrente.

Il recesso o la disdetta possono essere comunicati compilando l'apposito modulo presso la filiale di UniCredit S.p.A, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SÌ NO

La prestazione assicurativa è limitata alle garanzie Temporanea Caso Morte e Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%. Non è previsto pertanto alla scadenza di polizza il riscatto di alcun capitale nè sono ammessi riscatti parziali.

Assicurazione Temporanea Caso Morte e Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia >

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

Impresa CreditRas Vita S.p.A., Gruppo Allianz - Prodotto "Fido Protetto"

Data di realizzazione: 24/06/2019 il presente DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

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

La Società o la Ditta Individuale deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

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

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

CreditRas Vita S.p.A. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da Allianz S.p.A. e UniCredit S.p.A.. **CreditRas Vita S.p.A.**, pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2018 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti:

- Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 481,7 milioni di euro.
- La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 112,2 milioni di euro.
- La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 334,1 milioni di euro.

Per ulteriori informazioni patrimoniali sulla società è disponibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa sul sito <https://www.creditrasvita.it/creditrasvita/chi-siamo/report-SFCR> e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 512.352
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 230.558
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 1.005.525
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 1.005.525 e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società pari al 196%.

Al contratto si applica la legge Italiana.



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

L'Impresa garantisce il pagamento della Prestazione Assicurata per il caso di morte o Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% derivante da Malattia o da Infortunio, che l'Assicurato stesso subisca nell'esercizio della propria attività professionale principale e/o secondaria e nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, purché inerente alla vita comune e di relazione.

Sono considerati Infortunio anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
- 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;
- l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- la folgorazione;
- 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;
- 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.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita



Ci sono limiti di copertura?

La somma massima assicurabile è pari a € 200.000,00; in nessun caso L'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 200.000,00 anche nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato medesimo più adesioni alla Polizza Collettiva stesa.


L'Indennizzo per il caso Decesso non può cumularsi con l'indennizzo per invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%.

Per i Sinistri conseguenti a Malattia (sia per il caso Morte sia per il caso Invalidità Permanente Totale) è previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

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

- Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione
- psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;

- pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- 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;
- 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.);
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche.

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di evento?	<p>Denuncia di sinistro: In caso di decesso dell'Assicurato o nel caso in cui all'Assicurato sia riconosciuta a seguito di infortunio o malattia una Invalidità Permanente Totale indennizzabile ai sensi di polizza, gli aventi causa devono denunciare tempestivamente l'evento per iscritto all'Impresa, allegando la seguente documentazione:</p> <p>In caso di Decesso dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità; ▪ certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice; ▪ certificato medico attestante la causa del decesso; ▪ se il decesso è conseguente a Infortunio, allegare inoltre 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. <p>In caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado riconosciuto emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale; ▪ i certificati medici attestanti il decorso delle lesioni. <p>L'Assicurato ha inoltre l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa e di fornire alla stessa ogni informazione richiesta, sciogliendo pertanto dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>Per sinistri accaduti fuori dai confini dell'Italia, la documentazione sanitaria prodotta deve essere certificata da un medico italiano.</p> <p>La denuncia può essere fatta anche utilizzando il Modulo predisposto dall'Impresa.</p> <p>Il Modulo di Denuncia è disponibile presso la Filiale della Banca Contraente o richiedibile all'Impresa telefonando al numero telefonico 02.7216.7700.</p>
	<p>Prescrizione: Ai sensi dell'art. 2952 codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Si richiama l'attenzione del contraente sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta di liquidazione entro detti termini, anche avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni (obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie).</p>
	<p>Liquidazione della prestazione: L'Impresa di Assicurazione ha l'obbligo di provvedere al pagamento della Prestazione assicurata, qualora indennizzabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta dall'Impresa di Assicurazione per la definizione del Sinistro.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>In sede di sottoscrizione del contratto la Società o la Ditta Individuale (c.d. Affidato) e l'Assicurato devono compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle esigenze assicurative e dell'adeguatezza e il Modulo di Adesione; l'Assicurato deve inoltre compilare e sottoscrivere il Questionario Medico. Sia la Società o la Ditta Individuale sia l'Assicurato sono tenuti a fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in quanto dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione Assicurata o la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il Premio è mensile ricorrente. Sottoscrivendo il Modulo di Adesione, la Società o la Ditta Individuale autorizzerà la Banca ad addebitare il Premio sul proprio conto corrente. Il Premio addebitato è comprensivo dell'importo che sarà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.</p> <p>Il Premio della prima mensilità deve essere pagato entro il primo giorno lavorativo del mese successivo a quello di adesione, mentre i successivi entro il decimo giorno del mese di copertura.</p> <p><u>Il mancato pagamento del premio comporta la cessazione della copertura assicurativa con decadenza dal primo giorno lavorativo del mese per il quale il premio non è stato pagato.</u></p>
Rimborso	<p>Il rimborso del premio pagato è previsto solo caso di recesso esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione.</p> <p>La Società o la Ditta Individuale Aderente avrà diritto al rimborso totale delle rate di premio pagato. Il rimborso sarà riconosciuto per il tramite della Banca Contraente, mediante accredito sul conto corrente della Società o della Ditta Individuale Aderente.</p>
Sconti	<p>Non è previsto alcuno sconto di premio.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?


Durata	<p>La decorrenza delle coperture assicurative inizia alle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione alla polizza da parte della Società o della Ditta Individuale Aderente.</p> <p>Tuttavia per i seguenti casi l'efficacia della copertura assicurativa decorre allo scadere del seguente periodo di carenza:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza per i sinistri relativi a Malattia che abbia come conseguenza per l'Assicurato la Morte o l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%. <p>Pertanto nessun sinistro conseguente a Malattia accaduto prima dello scadere del suddetto termine sarà indennizzabile.</p> <p>La Copertura Assicurativa termina allo scadere del dodicesimo mese successivo a quello di adesione e in assenza di disdetta si rinnova tacitamente di anno in anno.</p> <p>La Copertura assicurativa cessa invece automaticamente prima della scadenza annuale nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none">• mancato pagamento del premio mensile entro i termini previsti;• mancato reintegro del Fido Accordato entro i termini previsti in caso di Temporanea sospensione dell'Assicurazione;• compimento del 71 (settantunesimo) anno di età dell'Assicurato.
Sospensione	<p>L'Assicurazione può essere sospesa per un massimo di 3 (tre) mesi in caso di temporaneo azzeramento del Fido accordato da UniCredit S.p.A. alla Società o Ditta Individuale Affidataria.</p> <p>Trascorso il suddetto termine UniCredit S.p.A. dovrà comunicare all'Impresa:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ la riattivazione del Fido Accordato e la conseguente riattivazione dell'Assicurazione con la ripresa del pagamento mensile ricorrente delle rate di premio, a far data dalla mensilità successiva al mese di reintegro del Fido Accordato;▪ la chiusura definitiva dell'Assicurazione.





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

Revoca	<p>Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita</p>
---------------	---

Recesso	La Società o la Ditta Individuale Aderente può recedere dall'Assicurazione per ripensamento entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il rimborso delle rate di premio pagate sarà riconosciuto entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione del recesso per il tramite della Banca Contraente.
Risoluzione	È prevista per la Società o per la Ditta Individuale Aderente la facoltà di risoluzione del contratto comunicando la disdetta entro 30 (trenta) giorni dalla data di scadenza annuale ricorrente. Essendo il premio dell'Assicurazione mensile ricorrente, alla scadenza dell'ultima rata dell'annualità per la quale è stata data disdetta, la polizza sarà interrotta senza che vi sia alcun rimborso né ulteriore addebito di rate.

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita
Richiesta di informazioni	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il presente prodotto è destinato a Persone Giuridiche titolari di un contratto di Affidamento di UniCredit S.p.A. e che intendano coprirsi per i rischi di Premorienza e Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per la Società o Ditta Individuale Aderente.</p> <p>Per aderire alla polizza è necessario che l'assicurato Persona Fisica sia residente in Italia, abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni compiuti (al momento della stipula dell'Adesione alla Polizza).</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>I costi complessivi gravanti sulla presente polizza sono pari al 48,50% del premio di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 45,00% quale quota parte percepita dall'Intermediario; ▪ 3,50% quale quota parte percepita dall'Impresa per spese di acquisizione e gestione. <p>Restano inoltre a carico della Società o della Ditta Individuale Aderente i costi degli esami eventualmente svolti per accertamenti preventivi alla compilazione del Questionario Medico e/o delle ulteriori ed eventuali visite mediche e/o esami diagnostici richiesti dall'Impresa per la definizione del sinistro.</p>	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE? VERIFICARE LATO COMPLIANCE	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il Contratto o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ posta cartacea indirizzata a: CreditRas Vita S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano – ▪ e-mail: reclami@creditrsvita.it ▪ fax: 02 72162735 <p>L'Impresa fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.</p> <p>I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'Intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire all'Impresa, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni stabilito dalla vigente normativa</p>

	regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante. Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello dell'Impresa in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dall'Impresa e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 (quarantacinque) giorni stabilito dalla vigente normativa.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec.: tutela.consumatore@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (<i>indicare quando obbligatori</i>):	
Mediazione Obbligatoria	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa
Altri sistemi	In caso di sinistro, qualora le parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria. Il Luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il premio di Assicurazione della garanzia prestata "Temporanea Caso Morte" non è soggetto a imposta sulle Assicurazioni. In considerazione della finalità e della natura della Polizza Collettiva destinata a Imprese che hanno stipulato un contratto di affidamento con la Banca Contraente, l'eventuale il trattamento fiscale del premio dipende alla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento del pagamento.
---	---

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

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

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

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

CreditRas

VITA SPA

Gruppo Assicurativo Allianz 

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di Assicurazione

N°3466

Fido protetto

UniCredit ad adesione facoltativa

AVVERTENZA

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

Edizione: 24/06/2019 – Ultimo aggiornamento: 24/06/2019

GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione n°3466
Fido Protetto
UniCredit ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 24-06-2019

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 Contratto di affidamento bancario 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 e cioè l'Affidato;

Contraente

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

Contratto di affidamento bancario

per Contratto di Affidamento bancario (c.d. fido) si intendono i fidi a Breve Termine – dallo stesso disciplinati - concessi dal Contraente nelle varie forme tecniche, così come definito da Bankitalia;

Fido Accordato

è il limite economico entro il quale l'Affidato può utilizzare i fidi concessi;

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;

Invalità 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;

Invalità Permanente Totale

l'Invalità 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 00 del giorno di decorrenza della Copertura Assicurativa durante il quale la garanzia non è operante;

Polizza Collettiva

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

Premio

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

Prestazione Assicurata

la somma dovuta dall'Impresa 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 n°3466
Fido Protetto
UniCredit ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 24-06-2019

Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento della Prestazione Assicurata in caso di morte o di Invalità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% dell'Assicurato, derivante da Malattia o da Infortunio, che l'Assicurato stesso subisca:

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

Sono considerati Infortunio anche:

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

Art.2 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa; qualora il decesso avvenga, oppure la Malattia insorga o venga diagnosticata entro 60 (sessanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.3 - Esclusioni

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

- a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- d) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- f) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- i) pratica da parte dell'Assicurato di 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;
- j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) 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).

Per ciascun Assicurato è possibile una sola adesione.

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;
- e) costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- f) importo percepito dall’Intermediario.

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 Questionario Medico, atto a valutare lo stato di salute dell’Assicurando.

Le informazioni inerenti lo stato di salute fornite all’Impresa dall’Assicurando devono corrispondere a verità ed esattezza, in caso contrario valgono le disposizioni previste dall’Art. 20 “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.

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.

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

4.3 Adesione alla Polizza Collettiva

Esaurite le formalità di valutazione dell’adeguatezza del prodotto e dell’assumibilità del rischio a 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 Fac-simile allegato).

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 comprensivo dell’Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- b) **set informativo.**

Una copia del Modulo di Adesione comprensivo dell’Informativa privacy dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla 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 adesione siano di età inferiore a diciotto anni o maggiore di sessantacinque anni compiuti;
- b) non siano residenti in Italia;
- c) a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico o di visita medica a cui abbiano richiesto di essere sottoposti con costi a proprio carico 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

L’Assicurazione decorre dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello in cui l’Affidato aderisce alla Polizza Collettiva, sempreché sia stato pagato il relativo Premio.

L’Affidato è tenuto a versare il Premio mensilmente per tutta la durata dell’Assicurazione, a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di adesione alla Polizza Collettiva.

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 il primo giorno lavorativo del mese successivo a quello dell’adesione, o comunque entro 10 (dieci) giorni lavorativi dello stesso mese. 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.

7.1 – Temporanea sospensione dell’Assicurazione

Successivamente alla decorrenza dell’Assicurazione, in caso di temporaneo azzeramento del Fido Accordato dal Contraente all’Affidato, è prevista una temporanea sospensione dell’Assicurazione, che dovrà essere appositamente comunicata all’Impresa tramite il Contraente e potrà avere una validità massima di 3 (tre) mesi dalla prima data di sospensione dell’Assicurazione.

Trascorso il suddetto limite temporale, il Contraente, entro il quarto mese dovrà comunicare alternativamente:

- a) la riattivazione del Fido Accordato e la conseguente riattivazione dell’Assicurazione, fermo il pagamento del Premio nei termini indicati nel precedente **Art. 7 - Pagamento del Premio e decorrenza dell’Assicurazione**, con decorrenza dalle ore 00 del primo giorno del mese di reintegro del Fido Accordato;
- b) la chiusura definitiva dell’Assicurazione.

A seguito della chiusura dell’Assicurazione per mancato reintegro, in caso di successivo ulteriore Fido Accordato dal Contraente all’Affidato, quest’ultimo dovrà sottoscrivere una nuova Adesione.

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

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione ha durata pari ad un anno dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. In mancanza di disdetta inviata dall'Affidato, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale, 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 stipulato il Contratto di affidamento bancario; il Contraente ne darà quindi comunicazione all'Impresa.

È comunque facoltà dell'Affidato recedere dall'Assicurazione in qualunque momento, anche prima della scadenza annuale utilizzando una delle modalità sopra indicate. 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 azzeramento del Fido Accordato, l'Assicurazione cessa, senza alcun rimborso di Premio, dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui si è verificato il predetto azzeramento; tuttavia, in caso di successivo ulteriore reintegro dell'esposizione del Fido Accordato, come disciplinato dal precedente **Art. 7.1 – Temporanea sospensione dell'Assicurazione**, l'Assicurazione potrà essere riattivata, senza che l'Affidato debba provvedere a sottoscrivere una nuova Adesione.

Pertanto, l'assicurazione cesserà automaticamente in caso di:

- 1) mancato pagamento del premio mensile entro i termini previsti all'**Art. 7 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione**;
- 2) mancato reintegro del Fido Accordato entro i termini previsti al punto **7.1 – Temporanea sospensione dell'Assicurazione**;
- 3) compimento del settantunesimo anno di età dell'Assicurato; nel caso l'Assicurato compia settantuno anni di età in corso di contratto. L'Assicurazione mantiene la sua validità fino all'ultimo giorno del mese nel quale è stato compiuto il settantunesimo anno di età; da tale data l'Assicurazione si dovrà intendere cessata senza alcun obbligo di disdetta.

Art.9 – Diritto di recesso dell'Affidato

L'Affidato 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 Contratto di affidamento bancario oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'Impresa provvede al rimborso del Premio per il tramite del Contraente entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Affidato.

Art.10 - Determinazione del Premio

Per ciascun Assicurato il Premio viene corrisposto anticipatamente per ciascuna mensilità dell'Assicurazione.

Il Premio mensile è determinato per ciascun mese applicando il tasso mensile dello 0,078% all'importo del Fido Accordato a inizio mese.

Art.11 – Prestazione Assicurata

La Prestazione Assicurata per ciascun Assicurato corrisponde in ogni momento all'importo del Fido Accordato risultante all'inizio del mese 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.

In caso di più assicurati per lo stesso Contratto di affidamento bancario, per ciascun Assicurato, dovrà essere sottoscritta una singola adesione. Per ciascun Assicurato la Prestazione Assicurata è pari all'intero importo del Fido Accordato dal Contraente all'Affidato.

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

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

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

Art.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.

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

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

Art.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, tramite invio all'Impresa di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, oppure in alternativa, 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 stipulato il Contratto di affidamento bancario 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 all'Indennizzo, ai sensi dell'art.1915 codice civile.
 - b) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
 - c) 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;
 - d) fornire certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale;
 - e) inviare successivamente, i certificati medici attestanti il decorso delle lesioni.
- L'Assicurato deve altresì:
- f) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
 - g) fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, i suoi eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

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

Per ciascun Sinistro la Prestazione Assicurata non potrà essere superiore a € 200.000,00.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 200.000,00 anche nel caso in cui sussistano più adesioni alla presente Polizza Collettiva in capo all'Assicurato medesimo.

Art.19 – Beneficiario - Pagamento della Prestazione Assicurata

In caso di decesso dell'Assicurato il beneficio della Prestazione Assicurata spetta all'Affidato.

In qualsiasi momento l'Affidato – con il consenso scritto dell'Assicurato - può revocare o modificare la designazione del Beneficiario. La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto all'Impresa facendo espresso riferimento alla presente Polizza Collettiva.

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 dell'Affidato, o del diverso Beneficiario designato, in un'unica soluzione entro 30 (trenta) giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa richiesta comprovante il Sinistro.

Art.20 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Affidato o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione Assicurata nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.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		80%	

renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato			
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°3466 - Fido Protetto
UniCredit ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 01-01-2019

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		
Provvigioni percepite dall'Intermediario: 45% del Premio versato		

Il sottoscritto Affidato:

PRENDE 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 Accordato da essa concesso, la Polizza Collettiva di Assicurazione n°3466 ("**Polizza**"), concernente una copertura assicurativa per i casi di **morte e di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%** dell'Assicurato.

DICHIARA di essere consapevole che l'adesione alla presente **Polizza** è facoltativa.

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

DICHIARA di avere letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel **set informativo** ricevuto.

DICHIARA di essere consapevole che il contratto assicurativo prevede limitazioni ed esclusioni, periodi di carenza e periodi di franchigia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

DICHIARA di aver ricevuto e di conoscere ed accettare l'Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale.

DICHIARA di aderire alla **Polizza**.

PRENDE ATTO che l'Assicurazione:

- (i) decorre dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello in cui l'Affidato aderisce alla **Polizza** 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**; c) sia stato pagato il relativo Premio, e
- (ii) ha durata pari ad un anno dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. L'Assicurazione si rinnoverà tacitamente per ulteriori 12 (dodici) mesi, a decorrere da ciascuna scadenza annuale, salvo disdetta o raggiungimento del limite di età, in base quanto previsto dall' **Art.8 - Durata dell'Assicurazione – Tacita proroga – Limite di età** delle Condizioni di Assicurazione.

PRENDE ATTO che il Premio deve essere corrisposto anticipatamente per ciascuna mensilità dell'Assicurazione. Il Premio mensile è determinato per ciascun mese applicando il tasso mensile dello 0,078% sull'importo corrispondente al Fido Accordato.

PRENDE ATTO che la Prestazione Assicurata per ciascun Assicurato corrisponde in ogni momento all'importo del Fido Accordato così come risultante alle ore 24 del giorno precedente a quello di accadimento del Sinistro e non potrà essere superiore a € 200.000,00. In nessun caso **CRV** sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 200.000,00 anche nel caso in cui sussistano più adesioni alla presente **Polizza** in capo all'Assicurato medesimo.

DESIGNA come Assicurato la persona sopra indicata.

AUTORIZZA la **Banca** a trasmettere a **CRV** le informazioni, contenute nel contratto di Contratto di affidamento bancario, necessarie per l'esecuzione della **Polizza**.

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

Data _____ Firma del Legale Rappresentante dell'Affidato o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Affidato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

- a) esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;
- b) avere un'età compresa fra i 18 anni compiuti ed i 65 anni non compiuti;
- c) prendere atto che, per il caso di morte, il beneficio della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza** spetta all'Affidato;
- d) 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 _____

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** ha fornito esito positivo.

Firma Assicurato _____

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

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

DIRITTO DI RECESSO DELL'AFFIDATO

L'Affidato 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 Contratto di affidamento bancario, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'Impresa provvede al rimborso del premio per il tramite del Contraente entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Affidato.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Firma del Legale Rappresentante dell'Affidato o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Affidato _____

Firma Assicurato _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

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

1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

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

2. Categorie di dati raccolti

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

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

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

3. Finalità del trattamento

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

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

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

3.a Base Giuridica del trattamento

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

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

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

4. Modalità d'uso dei dati

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

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

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

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

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

7. I Suoi diritti nello specifico

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

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

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

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

8. Periodo di conservazione dei dati

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

9. Diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo

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