

Creditor Protection Finanziamenti Imprese CHIRO con Premio finanziato

Nel presente documento sono contenuti:

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

AVVERTENZA

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

Edizione: 28/06/2021 – Ultimo aggiornamento: 28/06/2021

Assicurazione Temporanea Caso Morte

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

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

Prodotto "Creditor Protection Finanziamenti Imprese Chiro con Premio finanziato"

Data di realizzazione 28/06/2021 – 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?

L'offerta "CPI Finanziamenti Imprese Chiro con Premio finanziato" ad adesione facoltativa, è rivolto esclusivamente ai clienti UniCredit che rientrano nei seguenti parametri/caratteristiche:

- Imprese titolari di un mutuo e/o apertura di credito chirografario in fase di erogazione da parte di UniCredit, il cui Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 anni compiuti e i 70 non compiuti e che non superi i 75 anni non compiuti alla Data di scadenza del Finanziamento, sia residente fiscalmente in Italia e che risulti assicurabile secondo le verifiche assuntive previste dalle disposizioni dell'Impresa di Assicurazione. Nell'ambito dell'offerta "CPI Finanziamenti Imprese Chiro con Premio finanziato", la soluzione "Assicurazione Temporanea Caso Morte" è l'offerta, ad adesione facoltativa, destinata alle Imprese che intendano tutelarsi dal rischio di non poter ripagare il debito a seguito dell'evento decesso, riguardante la persona fisica di rilevante importanza per l'Impresa individuata come Assicurato. La presente Assicurazione Vita può essere stipulata solo in fase di erogazione del Finanziamento e l'adesione a questa Assicurazione Vita è subordinata alla contestuale adesione alla collegata Assicurazione contro i Danni in forma collettiva, commercializzata da CreditRas Assicurazioni S.p.A. riservata alle Imprese titolari di un mutuo e/o apertura di credito chirografario in fase di erogazione da parte di UniCredit.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

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

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

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



Che cosa NON è assicurato?

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

Non sono assicurabili le persone che:

- alla data di erogazione del Finanziamento siano di età inferiore a 18 anni o maggiore di 70 anni compiuti;
- alla data di scadenza del Finanziamento risultino di età maggiore di 75 anni compiuti;
- abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di durata superiore a 120 mesi;
- non siano residenti in Italia;
- a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico e/o del Rapporto di Visita Medica per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa di Assicurazione, siano state ritenute non assicurabili.



Ci sono limiti di copertura

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



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

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

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



Quando e come devo pagare?

Il **Premio** è determinato in base al tasso mensile della garanzia prestata moltiplicato per la durata e l'importo richiesto del Finanziamento e **deve essere corrisposto in forma unica ed anticipata**. Sottoscrivendo il Modulo di Adesione, l'Impresa autorizzerà UniCredit S.p.A. a trattenere il Premio di rettamente dall'importo del Finanziamento, con relativo incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

Il Premio della Polizza Collettiva è finanziato da UniCredit S.p.A. contestualmente all'erogazione del Finanziamento ed è comprensivo dell'importo che sarà trattenuto dall'Intermediario UniCredit S.p.A. a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento e termina alla Data di scadenza del Finanziamento stesso a **condizione che**:

- **l'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;**
- **l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; ovvero**
- **si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione e**
- **sia stato pagato il relativo Premio.**

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

- **recesso per ripensamento;**
- **estinzione totale anticipata del Finanziamento;**
- **accollo del Finanziamento;**
- **trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga;**
- **cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa;**
- **liquidazione degli indennizzi per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% derivante da Infortunio o Malattia o Malattia Grave prestate dalla Polizza contro i Danni collegata;**
- **liquidazione della Prestazione Assicurata per decesso dell'Assicurato.**

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



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

La proposta è da intendersi revocata se il Finanziamento in fase di erogazione richiesto dall'Impresa non viene erogato entro 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione.

L'Impresa può recedere per ripensamento dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La Prestazione Assicurativa della presente Polizza Collettiva è limitata alla sola garanzia Temporanea Caso Morte. **Non è previsto pertanto alla scadenza di polizza il riscatto di alcun capitale né sono ammessi riscatti parziali.**

Assicurazione contro i Danni

CreditRas
ASSICURAZIONI SPA

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia:
CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Creditor Protection Finanziamenti Chiro con
Premio finanziato.

Data aggiornamento 28/06/2021

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

Che tipo di assicurazione è?

L'offerta "CPI Finanziamenti Imprese Chiro con Premio finanziato" ad adesione facoltativa, è rivolto esclusivamente ai clienti UniCredit che rientrano nei seguenti parametri/caratteristiche:

- Imprese titolari di un mutuo e/o apertura di credito chirografario in fase di erogazione da parte di UniCredit, il cui Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 anni compiuti e i 70 non compiuti e che non superi i 75 anni non compiuti alla Data di scadenza del Finanziamento, sia residente fiscalmente in Italia e che risulti assicurabile secondo le verifiche assuntive previste dalle disposizioni dell'Impresa di Assicurazione. La soluzione "CPI Finanziamenti Imprese Chiro con Premio finanziato" è l'offerta, ad adesione facoltativa, destinata alle Imprese che intendano tutelarsi dal rischio di non poter ripagare il debito a seguito di eventi, riguardanti la persona fisica di rilevante importanza individuata come Assicurato, derivanti da Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero e che siano interessati alla protezione «rimborso rata» nei casi di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia o Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia che riguardino l'Assicurato. La presente Assicurazione contro i Danni può essere stipulata solo in fase di erogazione del Finanziamento e l'adesione a questa Assicurazione contro i Danni è subordinata alla contestuale adesione alla collegata Assicurazione Vita in forma collettiva, commercializzata da CreditRas Vita S.p.A. riservata alle Imprese titolari di un mutuo e/o apertura di credito chirografario in fase di erogazione da parte di UniCredit.



Che cosa è assicurato?

- ✓ L'Invalidità Permanente Totale, di grado pari o superiore al 40%, derivante da Malattia o da Infortunio subiti dall'Assicurato nell'esercizio della propria attività professionale principale e/o secondaria o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, purché inerente alla vita comune e di relazione.
- ✓ L'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia. La copertura garantisce il pagamento di un Indennizzo pari alla rata mensile di Finanziamento qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Inabilità Temporanea Totale.
- ✓ La Malattia Grave, la copertura garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Malattia Grave.
- ✓ Il Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato derivante da Infortunio o Malattia. La copertura garantisce il pagamento di un Indennizzo pari a tre volte l'importo della rata mensile del Finanziamento, qualora durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da ricovero ospedaliero derivante da Infortunio o da Malattia.

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



Che cosa non è assicurato

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ alla data di stipula del Finanziamento siano di età inferiore a 18 anni o maggiore di 70 anni compiuti;
- ✗ alla data di scadenza del Finanziamento risultino di età maggiore di 75 anni compiuti;
- ✗ abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di durata superiore a 120 mesi;
- ✗ non siano residenti in Italia;
- ✗ a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico e/o del Rapporto di Visita Medica per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa di Assicurazione, siano state ritenute non assicurabili.



Ci sono limiti di copertura?

!Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di Indennizzo, periodi di carenza per il cui dettagliosi rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi.



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

In sede di sottoscrizione del contratto l'Impresa e l'Assicurato devono compilare e sottoscrivere il questionario per la valutazione della coerenza delle richieste ed esigenze assicurative e il Modulo di Adesione; l'Assicurato deve inoltre compilare e sottoscrivere il Questionario Medico e/o Rapporto di Visita Medica. Sia l'Impresa sia l'Assicurato sono tenuti a fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Inoltre, l'Impresa deve corrispondere il Premio dovuto. In caso di Sinistro, l'occorrenza del Sinistro deve essere comunicata nel più breve tempo possibile all'Impresa di Assicurazione, tramite richiesta scritta, anche utilizzando la modulistica disponibile presso il Contraente.



Quando e come devo pagare?

Il **Premio** è determinato in base al tasso mensile della garanzia prestata moltiplicato per la durata e l'importo richiesto del Finanziamento e **deve essere corrisposto in forma unica ed anticipata**. Sottoscrivendo il Modulo di Adesione, l'Impresa autorizzerà UniCredit S.p.A. a trattenere il Premio direttamente dall'importo del Finanziamento, con relativo incremento del predetto importo e della corrispondente rata. Il Premio della Polizza Collettiva è finanziato da UniCredit S.p.A. contestualmente all'erogazione del Finanziamento ed è comprensivo dell'importo che sarà trattenuto dall'Intermediario UniCredit S.p.A. a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento **a condizione che:**

- **l'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;**
- **l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; ovvero**
- **si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione e**
- **sia stato pagato il relativo Premio.**

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

- **recesso per ripensamento o recesso dell'Impresa in relazione alla durata poliennale della Polizza Collettiva;**
- **estinzione totale anticipata del Finanziamento, accollo del Finanziamento, trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga, cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa;**
- **liquidazione degli Indennizzi per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% derivante da Infortunio o Malattia, per Malattia Grave o per decesso dell'Assicurato.**



Come posso disdire la polizza?

La sola Impresa può recedere dall'Assicurazione **entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa**. Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, alla sola Impresa è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, **con un preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità**. In entrambi i casi, l'Impresa dovrà esercitare il recesso tramite la compilazione dell'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure tramite comunicazione indirizzata alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Assicurazione Creditor Protection

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

Impresa CreditRas Assicurazioni S.p.A. e CreditRas Vita S.p.A, Gruppo Allianz
Prodotto "Creditor Protection Finanziamenti Imprese CHIRO con premio finanziato"

Data di realizzazione: 28/06/2021 – Il presente DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è
l'ultimo disponibile

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

L'Impresa deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

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

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

CreditRas Vita S.p.A. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da Allianz S.p.A. e UniCredit S.p.A. **CreditRas Vita S.p.A.**, pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2020 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto della Società, pari a 700,6 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 112,2 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 501,3 milioni di euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet della Società www.creditravita.it e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 615,5 milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 277,0 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 1.157,0 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 1.157,0 milioni di euro;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 188%.

CreditRas Assicurazioni S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00088 - Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n.018 – Soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri, n. civico 3; CAP 20145; città Milano (MI); tel. 800 11 66 33; sito internet: www.creditrasassicurazioni.it; e-mail: info_creditras@allianz.it; PEC: creditrasassicurazioni@pec.allianz.it.

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

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

CreditRas Assicurazioni S.p.A., pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2020 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti:

il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 127,5 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 52 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 47,8 milioni di euro.

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

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 73.059

- del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 28.399

- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 177.201

- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 177.201

e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società pari al 243%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Polizza Vita

Fermo il limite massimo di euro 500.000,00 (cinquecentomila), la Prestazione Assicurata in caso di decesso dell'Assicurato è variabile nel tempo e corrisponde inizialmente all'Importo Erogato del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa.

Successivamente la somma assicurata decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento erogato. **Nel caso in cui l'importo del finanziamento erogato sia superiore a euro 500.000,00**, la somma assicurata come sopra descritta sarà ridotta nella proporzione esistente tra la somma massima assicurabile di euro 500.000,00 (cinquecentomila) e l'importo erogato per il Finanziamento.

Polizza contro i Danni

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

La garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% da Infortunio o Malattia opera anche per i seguenti infortuni:

- a) asfissia non di origine morbosa;
- b) avvelenamenti a cuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
- c) 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;
- d) annegamento, assideramento o congelamento;
- e) colpi di sole o di calore;
- f) folgorazione;
- g) lesioni muscolari determinate da sforzo, intendendosi per sforzo il dispiego improvviso ed anormale, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato;
- h) lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria; le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia non vi sono ulteriori informazioni rispetto quelle fornite nel DIP Danni.

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

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

una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronarie mediante by-pass coronario;

- c) **Infarto Miocardico:** evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi è formulata in base ai seguenti criteri:
 - d) storia del dolore cardiaco tipico;
 - e) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
 - f) modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
 - g) **Ictus cerebrale:** Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;
 - h) **Insufficienza renale:** Malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
 - i) **Coma:** lo stato di incoscienza con assenza di reazione agli stimoli esterni o interni, persistente e accompagnato dall'utilizzo di sistemi di supporto vitale per un periodo di almeno 72 ore, producendo un deficit neurologico permanente irreversibile. Non è considerato Coma lo stato di incoscienza indotto farmacologicamente;
 - j) **Paralisi degli arti:** perdita totale e irreversibile delle funzioni muscolari della totalità di uno qualsiasi dei due arti. La condizione deve essere confermata da un consulente neurologo e da esami di imaging;
 - k) **Sclerosi multipla:** malattia neurodegenerativa che colpisce il sistema nervoso centrale. Deve essere riscontrato un deterioramento clinico attuale della funzione sensoria o motoria, che deve essersi protratto per un periodo continuo di almeno 6 mesi. La diagnosi deve essere inequivocabile e deve essere emessa da uno specialista. La diagnosi è basata su tecniche di indagine come l'imaging, l'analisi del fluido cerebrospinale e i potenziali evocati;
 - l) **Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi:** cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato,
 - m) Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%.

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Polizza Vita

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

Polizza contro i Danni

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



Ci sono limiti di copertura?

Polizza Vita

La somma massima assicurata di € 500.000,00 (cinquecentomila) vale anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o alle sue precedenti edizioni.

Pertanto, in nessun caso l'Impresa di Assicurazione liquiderà all'Impresa un importo superiore alla somma massima assicurata di euro 500.000,00 (cinquecentomila).

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% da Infortunio o Malattia o Malattia Grave derivante dalla collegata Polizza Collettiva contro i Danni.

È escluso dall'Assicurazione il decesso causato da:

- a) **infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;**
- b) **suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;**
- c) **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;**
- d) **dolo dei Beneficiari;**
- e) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;**
- f) **ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;**
- g) **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;**

- h) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- i) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- j) pratica da parte dell'Assicurato di paracadutismo, sport aerei in genere;
- k) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi.
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Polizza contro i Danni

Garanzia Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 40% derivante da Infortunio o Malattia

La somma massima assicurabile per ciascun Assicurato è pari a:

- 500.000,00 per Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 40%;
- € 1.000.000,00 per Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 40%;
- € 1.500.000,00 per Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 40% a seguito di incidente stradale.

I suddetti limiti restano validi anche nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore alle suddette somme assicurate, la prestazione garantita per i suddetti casi sarà ridotta nella proporzione esistente tra la somma massima assicurabile e l'Importo Erogato del Finanziamento.

L'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% da Infortunio o Malattia non può cumularsi con quello per Malattia Grave o per decesso dell'Assicurato prestato dalla collegata Polizza Collettiva Vita.

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% causati o derivanti da:

- **infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;**
 - a) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
 - b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
 - c) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
 - d) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
 - e) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
 - f) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - g) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
 - h) pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
 - i) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
 - j) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

- k) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- l) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- m) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- n) cure dimagranti e dietetiche.

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

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

Garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

La garanzia **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**, prevede l'indennizzo all'Impresa di un numero massimo di 48 (quarantotto) rate mensili del finanziamento per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i sinistri di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero con i seguenti limiti:

- un massimo 12 (dodici) rate consecutive indennizzabili per ciascun sinistro;
- importo massimo indennizzabile per ciascuna rata mensile pari a € 2.000,00 (duemila), tale limite si deve intendere come complessivo anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

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

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore alla somma massima assicurabile pari a € 500.000,00 (cinquecentomila), la prestazione come sopra descritta sarà ridotta nella proporzione esistente tra la somma massima assicurabile e l'Importo Erogato del Finanziamento.

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di **Inabilità Temporanea Totale causati o derivanti da:**

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

- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- o) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- p) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
- q) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

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

Per la garanzia **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** è previsto un periodo di **Franchigia di 30 (trenta) giorni**, pertanto se il Sinistro ha durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Impresa non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Garanzia Malattia Grave

Per la garanzia **Malattia Grave** la somma massima assicurabile per ciascun Assicurato è pari a 500.000,00 (cinquecentomila), anche nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore alla suddetta somma assicurata, la prestazione garantita sarà ridotta nella proporzione esistente tra la somma massima assicurabile e l'Importo Erogato del Finanziamento.

L'Indennizzo per **Malattia Grave** non può cumularsi con quello per **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% da Infortunio o Malattia** e con quello per **decesso** dell'Assicurato derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita.

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

- a) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- b) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- c) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- d) cure dimagranti e dietetiche;
- e) interventi chirurgici angioplastici, terapie Laser.

Garanzia Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia

La garanzia **Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia**, prevede l'Indennizzo all'Impresa di un numero massimo di 48 (quarantotto) rate mensili del finanziamento per tutta la durata dell'Assicurazione **complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**, con i seguenti limiti:

- un massimo 12 (dodici) rate consecutive indennizzabili per ciascun Sinistro; il limite dell'importo massimo assicurabile per ciascuna rata mensile è pari a € 2.000,00 (duemila).
L'Impresa di Assicurazione corrisponderà un Indennizzo pari a tre volte l'importo di ciascuna rata, entro il limite di importo massimo indennizzabile di seguito indicato;
- importo massimo indennizzabile per ciascuna rata mensile pari a € 6.000,00 (seimila).

I suddetti limiti debbono intendersi quali limiti complessivi anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

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

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore alla somma massima assicurabile pari a € 500.000,00 (cinquecentomila), la prestazione come sopra descritta sarà ridotta nella proporzione esistente tra la somma massima assicurabile e l'importo Erogato del Finanziamento.

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

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

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

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

Per la garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia è previsto un Periodo di Franchigia di 7 (sette) giorni, pertanto se il Sinistro ha durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Impresa non avrà diritto ad alcun Indennizzo.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa Fare in caso di Sinistro

Denuncia di Sinistro Polizza Vita

In caso di decesso dell'Assicurato, la documentazione richiesta al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione ed individuare con esattezza gli aventi diritto deve essere inoltrata all'Impresa di Assicurazione, a mezzo posta (con lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano) oppure consegnata alla filiale del

Contraente ove è stato stipulato il contratto. Si segnala che presso la filiale del Contraente ove è stata stipulata l'Assicurazione o, se diversa, dove è in essere il Finanziamento al momento del decesso dell'Assicurato, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. E' possibile acquisire tale modulistica anche contattando l'Impresa di Assicurazione al numero telefonico 02.7216.7700 nonché direttamente sul sito internet dell'Impresa di Assicurazione (www.creditrasvita.it nella sezione "I nostri servizi - modulistica e procedure"). È comunque consentito all'avente diritto di richiedere la liquidazione della Prestazione Assicurata in forma libera, purché siano presenti le informazioni necessarie per poter procedere alla liquidazione. Vengono di seguito indicati i documenti da consegnare unitamente alla richiesta scritta di liquidazione:

- a) **Certificato di morte dell'Assicurato in originale**, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- b) **Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dall'avente diritto con firma autenticata**; in alternativa verrà richiesto l'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto. La dichiarazione sostitutiva e l'eventuale atto di notorietà dovranno essere redatti dinanzi all'Autorità Comunale, Notaio o presso il Tribunale.
- c) **fotocopia di un valido documento di identità dei soggetti/persone aventi diritto** riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali;
- d) qualora i soggetti/persone aventi diritto risultino minorenni o incapaci, **decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata** contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa di Assicurazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- e) **copia del piano di ammortamento finanziario del Finanziamento** in essere al momento del Sinistro.
- f) **relazione del medico curante** (medico di famiglia) contenente le informazioni utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso nonché lo stato clinico dell'Assicurato. Tale relazione potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dall'Impresa di Assicurazione sul sito internet www.creditrasvita.it nella sezione "I nostri servizi - modulistica e procedure". In alternativa, la relazione potrà essere predisposta da parte del medico curante anche in forma libera, purché vengano riportati i medesimi contenuti informativi del citato modulo.

L'Impresa di Assicurazione, anche nell'interesse degli aventi diritto, può riservarsi di richiedere altresì ulteriore documentazione in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa (a titolo esemplificativo: relazione medica non esaustiva, decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, decesso per infortunio o causa violenta, discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, ecc.).

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

L'Impresa di Assicurazione si farà carico dei costi che il richiedente si troverà a dover sostenere per l'eventuale produzione in copia delle cartelle cliniche, dei referti di esami sostenuti dall'Assicurato e/o di ogni altro accertamento medico rilasciati dalle competenti strutture sanitarie, provvedendo a rimborsare al richiedente medesimo le spese sostenute fino ad un importo massimo di 150,00 euro, dietro presentazione di idonea attestazione comprovante l'esborso sostenuto.

Denuncia di Sinistro Polizza contro i Danni

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

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

Il Modulo di Denuncia Sinistro è disponibile presso la filiale del Contraente dove è stato stipulato il Finanziamento o, se diversa, dove è in essere il Finanziamento al momento della denuncia del Sinistro, nonché richiedibile presso l'Impresa di Assicurazione telefonando al numero telefonico 02.7216.7700.

	<p>In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la documentazione sanitaria prodotta deve essere certificata da un medico italiano.</p>
	<p>Prescrizione Polizza Vita Ai sensi dell'art. 2952 del 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 dell'Impresa 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>Prescrizione Polizza contro i Danni I diritti derivanti dai contratti di Assicurazione danni si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano (Art. 2952 del Codice Civile). Decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal contratto di Assicurazione.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione della Polizza Vita L'Impresa di Assicurazione ha l'obbligo di provvedere al pagamento della Prestazione Assicurata, qualora liquidabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta dall'Impresa di Assicurazione per la definizione del Sinistro.</p> <p>Liquidazione della prestazione della Polizza contro i Danni. L'Impresa di Assicurazione ha l'obbligo di provvedere al pagamento dell'Indennizzo, qualora liquidabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta dall'Impresa per la definizione del Sinistro.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: i Sinistri relativi alle garanzie della Polizza contro i Danni sono gestiti da: ALLIANZ S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano</p>
	<p>Assistenza diretta / in convenzione: garanzia non presente nella Polizza Collettiva.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>In sede di sottoscrizione dell'Assicurazione, l'Impresa e l'Assicurato devono compilare e sottoscrivere il questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative e il Modulo di Adesione; l'Assicurato deve inoltre compilare e sottoscrivere il Questionario Medico e/o Rapporto di Visita Medica (ove previsto). Sia l'Impresa sia l'Assicurato sono tenuti a fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in quanto dichiarazioni inesatte o reticenze 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>Polizza Vita e Polizza contro i Danni Il Premio, finanziato dal Contraente, è unico e anticipato per l'intera durata dell'Assicurazione ed è corrisposto per il tramite del Contraente, che tratterà il suddetto Premio direttamente dall'importo Erogato del Finanziamento, con conseguente incremento del predetto importo e della corrispondente rata. Il Premio addebitato è comprensivo delle imposte di legge se previste e dell'importo trattenuto dall'Intermediario a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.</p>
Rimborso	<p>Polizza Vita Il rimborso del Premio, finanziato dal Contraente, è previsto per i seguenti casi: a) recesso per ripensamento esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione; l'Impresa avrà diritto al rimborso dell'intero Premio pagato. L'importo rimborsabile sarà utilizzato dal Contraente per ridurre in pari misura il debito dell'Impresa</p>

	<p>aderente in relazione al Finanziamento;</p> <p>b) cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa;</p> <p>l'Impresa avrà diritto a ottenere il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto. L'importo rimborsabile sarà utilizzato dal Contraente per ridurre in pari misura il debito dell'Impresa in relazione al Finanziamento;</p> <p>c) estinzione del Finanziamento per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ estinzione anticipata totale del Finanziamento rispetto la Data di scadenza del Finanziamento stesso; ▪ accollo del Finanziamento da parte di terzi; ▪ trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo; ▪ estinzione anticipata parziale del Finanziamento; <p>l'Impresa avrà diritto a ottenere il rimborso totale o parziale della quota parte di Premio pagato corrispondente al periodo di garanzia non goduto. Il rimborso sarà riconosciuto all'Impresa aderente per il tramite del Contraente, mediante accredito sul conto corrente dell'Impresa stessa.</p> <p>Polizza contro i Danni</p> <p>Il rimborso del Premio, finanziato dal Contraente, è previsto per i seguenti casi:</p> <p>b) recesso per ripensamento esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;</p> <p>l'Impresa avrà diritto al rimborso dell'intero Premio pagato (comprensivo dell'imposta). L'importo rimborsabile sarà utilizzato dal Contraente per ridurre in pari misura il debito dell'Impresa aderente in relazione al Finanziamento;</p> <p>c) recesso dell'Impresa in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione;</p> <p>d) cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa;</p> <p>l'Impresa avrà diritto a ottenere il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto dell'imposta. L'importo rimborsabile sarà utilizzato dal Contraente per ridurre in pari misura il debito dell'Impresa in relazione al Finanziamento;</p> <p>d) estinzione del Finanziamento per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ estinzione anticipata totale del Finanziamento rispetto la Data di scadenza del Finanziamento; ▪ accollo del Finanziamento da parte di terzi; ▪ trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo; ▪ estinzione anticipata parziale del Finanziamento; <p>l'Impresa avrà diritto a ottenere il rimborso totale o parziale della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto dell'imposta. Il rimborso sarà riconosciuto all'Impresa per il tramite del Contraente, mediante accredito sul conto corrente dell'Impresa stessa.</p>
Sconti	<p>Polizza Vita e Polizza contro i Danni: non sono applicati sconti nemmeno in ragione della durata poliennale delle Polizze Collettive.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
<p>Revoca</p>	<p>Polizza Vita e Polizza contro i Danni: per i Finanziamenti in fase di erogazione, la proposta si intende revocata se trascorsi 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa aderente il Finanziamento richiesto non sia stato ancora erogato da UniCredit S.p.A..</p>
<p>Recesso</p>	<p>Polizza Vita e Polizza Danni: l'Impresa può recedere dall'Assicurazione per ripensamento entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Fermi i suddetti termini, il recesso per ripensamento può essere esercitato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure mediante comunicazione scritta da inviarsi alla filiale medesima tramite raccomandata con ricevuta di ritorno. Il rimborso del Premio pagato comprensivo delle imposte se previste sarà riconosciuto entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione del recesso per il tramite del Contraente con la riduzione in pari misura del debito dell'Impresa in relazione al Finanziamento.</p> <p>Polizza contro i Danni È prevista per l'Impresa la facoltà di recedere anticipatamente dalla Polizza contro i Danni in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione (art. 1899 c.c.) con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto la data di scadenza annuale ricorrente. Fermi i suddetti termini, il recesso può essere esercitato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure mediante comunicazione scritta da inviarsi alla filiale medesima tramite raccomandata con ricevuta di ritorno. Il rimborso della quota parte di Premio pagato e non goduto al netto delle imposte, sarà riconosciuto, entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione del recesso per il tramite del Contraente con la riduzione in pari misura del debito dell'Impresa in relazione al Finanziamento.</p>
<p>Risoluzione</p>	<p>Polizza Vita Il Premio della garanzia TCM (Temporanea Caso Morte) è unico e anticipato per tutta la durata della copertura assicurativa, fermo i casi di cessazione della Polizza Vita disciplinati dall'articolo 12 delle Condizioni di Assicurazione, non è prevista per l'Impresa aderente la facoltà di risolvere la Polizza Vita prima della sua naturale scadenza.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

L'offerta "CPI Finanziamenti Imprese Chirografari con Premio finanziato" ad adesione facoltativa, è rivolto esclusivamente ai clienti UniCredit che rientrano nei seguenti parametri/caratteristiche:

- Imprese titolari di un mutuo e/o a apertura di credito chirografario in fase di erogazione da parte di UniCredit, il cui Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 anni compiuti e i 70 non compiuti e che non superi i 75 anni non compiuti alla Data di scadenza del Finanziamento, sia residente fiscalmente in Italia e che risulti assicurabile secondo le verifiche assuntive previste dalle disposizioni dell'Impresa di Assicurazione;
- che intendano tutelarsi dal rischio di non poter ripagare il debito a seguito di eventi, riguardanti la persona fisica di rilevante importanza individuata come Assicurato, derivanti da decesso, Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave; e che siano interessati alla protezione «rimborso rata» nei casi di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia o Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia che riguardino l'Assicurato.

L'adesione al prodotto assicurativo offerto contestualmente all'erogazione del Finanziamento è facoltativa e non condiziona in alcun modo l'erogazione del Finanziamento stesso.



Quali costi devo sostenere?

Polizza Vita

I costi complessivi gravanti sulla presente polizza sono pari al 52,00% del premio di cui:

- 40,00% quale quota parte percepita dall'Intermediario;
- 12,00% quale quota parte percepita dall'Impresa di Assicurazione per spese di acquisizione e gestione.

Restano inoltre a carico dell'Impresa i costi per la compilazione del Rapporto di Visita Medica da parte del medico certificatore e degli esami obbligatori a esso connessi e/o delle ulteriori ed eventuali visite mediche e/o esami diagnostici richiesti dall'Impresa di Assicurazione al fine della valutazione di assumibilità del rischio e alla definizione del Sinistro.

Polizza contro i Danni

I costi complessivi gravanti sulla presente polizza sono pari al 52,07% del premio imponibile, di cui:

- 40,00% quale quota parte percepita dall'Intermediario;
- 12,07% quale quota parte percepita dall'Impresa di Assicurazione per spese di acquisizione e gestione.

Restano inoltre a carico dell'Impresa i costi per la compilazione del Rapporto di Visita Medica da parte del medico certificatore e degli esami obbligatori a esso connessi e/o delle ulteriori ed eventuali visite mediche e/o esami diagnostici richiesti dall'Impresa di Assicurazione al fine della valutazione di assumibilità del rischio e alla definizione del Sinistro.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa Assicuratrice	<p>Polizza Vita Eventuali reclami riguardanti l'Assicurazione o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa di Assicurazione 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@creditravita.it ▪ fax: 02 72162735 <p>L'Impresa di Assicurazione fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento</p>
----------------------------------	--

	<p>del reclamo.</p> <p>Polizza contro i Danni Eventuali reclami riguardanti l' Assicurazione o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa di Assicurazione mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ posta cartacea indirizzata a: CreditRas Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano – ▪ e-mail: reclami@creditrassicurazioni.it ▪ fax: 02 72162588 <p>L'Impresa di Assicurazione fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.</p> <p>Polizza Vita e Polizza contro i Danni</p> <p>I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'Intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa di Assicurazione, 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 di Assicurazione, 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 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 di Assicurazione in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dall'Impresa di Assicurazione e dall'Intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 (quarantacinque) giorni stabilito dalla vigente normativa.</p> <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa di Assicurazione e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa di Assicurazione. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sui siti delle Imprese di Assicurazione www.creditrassicurazioni.it e www.creditrassicurazioni.it, alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; -individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; -breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; -copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; -ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (Obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa di Assicurazione
Altri sistemi di risoluzione delle controversie	Per la polizza contro i Danni in caso di Sinistro, qualora le parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto Universitario di

Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Risoluzione delle liti transfrontaliere

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un' Impresa assicurata avente domicilio in uno stato appartenente allo spazio economico europeo ed un' Impresa di Assicurazione avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrandol' esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l' Impresa di Assicurazione che ha stipulato l' Assicurazione (ri tracciabile accedendo al sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), o - se l' Impresa assicurata ha domicilio in Italia - all' IVASS, che provvede all' inoltra a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Polizza Vita

Il Premio di Assicurazione della Prestazione Assicurata 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 Finanziamento con il Contraente, l' eventuale il trattamento fiscale del Premio dipende alla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento del pagamento.

Polizza contro i Danni

Il Premio di Assicurazione delle garanzie prestate con la Polizza contro i Danni è soggetto a imposta sulle Assicurazioni pari al 2,50%.

In considerazione della finalità e della natura della Polizza Collettiva destinata a Imprese che hanno stipulato un contratto di Finanziamento con il 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 FINANZIAMENTO, L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita
N°3479
Creditor Protection Finanziamenti
con Premio finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa

AVVERTENZA

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

Edizione: 28/06/2021 – Ultimo aggiornamento: 28-06-2021

GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3479
Creditor Protection Finanziamenti con Premio finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 28-06-2021

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

Apertura di credito

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa, di durata non superiore a 120 (centoventi) mesi, non garantito da ipoteca su immobili, avente per oggetto la messa a disposizione dell'Impresa, da parte del Contraente, di una somma predeterminata utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; l'Impresa potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma finanziata dovrà essere restituita dall'Impresa al Contraente secondo un piano di rientro predeterminato;

Assicurato

il soggetto sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione, vale a dire la persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, designata dall'Impresa stessa sul Modulo di Adesione;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Beneficiario

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

Capitale Residuo

il debito residuo in linea capitale a carico dell'Impresa relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario originario del Mutuo, o dal piano di rientro dell'Apertura di Credito, al netto di eventuali rate insolte e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

Nel caso di Finanziamento con Periodo di Preammortamento:

- a) durante tale periodo il Capitale Residuo rimane costante e pari all'Importo Erogato del Finanziamento non sono quindi compresi gli interessi maturati su tale importo;
- b) dalla data di scadenza di tale periodo il Capitale Residuo è pari al debito residuo in linea capitale a carico dell'Impresa relativamente al Finanziamento, calcolato in base al piano di ammortamento al netto di eventuali rate insolte e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

Contraente

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

Data di scadenza del Finanziamento

la data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario; tale data rimane inalterata anche nel caso di successive modifiche del piano di ammortamento o di rientro originario;

Durata dell'Assicurazione

La durata, espressa in mesi interi, del periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e la data di scadenza del contratto di assicurazione, durante il quale le coperture assicurative previste risultano valide;

Durata del Finanziamento

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

Finanziamento

Il Mutuo o l'Apertura di Credito;

Importo Erogato del Finanziamento

l'importo erogato del Finanziamento dal Contraente all'Impresa; l'importo erogato del Finanziamento corrisponde alla somma dell'Importo Richiesto dall'Impresa comprensivo anche del Premio, finanziato dal Contraente, della presente Polizza Collettiva e/o di altre coperture connesse al Mutuo o all'Apertura di credito;

Importo Richiesto del Finanziamento

l'importo del Finanziamento richiesto dall'Impresa al Contraente al netto del Premio, finanziato dal Contraente, della presente Polizza Collettiva e/o di altre coperture connesse al Mutuo o all'Apertura di credito;

Impresa

la società cliente del Contraente, che ha stipulato un Finanziamento con il Contraente medesimo, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

Impresa di Assicurazione

CreditRas Vita S.p.A. (per brevità "CreditRas Vita");

Intermediario

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

Modulo di Adesione

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

Mutuo

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa avente per oggetto la concessione all'Impresa, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine, di durata non superiore a 120 (centoventi) mesi, non garantito da ipoteca su immobili;

Periodo di Carezza

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 del giorno di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la garanzia non è operante. Se il Sinistro si verifica in tale periodo, l'Impresa di Assicurazione che presta la garanzia non corrisponde la Prestazione Assicurata

Periodo di Preammortamento

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

Polizza Collettiva

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

Premio

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

Prestazione Assicurata

la somma dovuta dall'Impresa di Assicurazione, che presta la garanzia, al Beneficiario in caso di Sinistro;

Questionario Medico

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

Rapporto Visita Medica

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

Sinistro

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3479
Creditor Protection Finanziamenti con Premio finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 28-06-2021

Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione garantisce il pagamento della Prestazione Assicurata in caso di decesso dell'Assicurato, qualunque possa essere 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 di Assicurazione ed il Premio pagato rimane acquisito da quest'ultima.

La Prestazione Assicurata non è cumulabile con eventuali indennizzi per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40% o Malattia Grave, corrisposti all'Assicurato ai sensi della collegata Polizza Collettiva contro i Danni n° 10025361 stipulata dal Contraente con CreditRas Assicurazioni S.p.A..

Art.2 – Periodo di Carenza

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.3 - Esclusioni

È escluso dall'Assicurazione il decesso causato da:

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

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

L'adesione alla Polizza Collettiva avviene mediante la compilazione e sottoscrizione, da parte dell'Impresa e dell'Assicurato stesso, del Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Impresa e per il Contraente/l'Impresa di Assicurazione).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Impresa della contemporanea adesione anche alla collegata Polizza Collettiva contro i Danni n° 10025361, stipulata dal Contraente con l'Impresa di Assicurazione., avente per oggetto le garanzie di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia.

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

- a) Numero di domanda del Finanziamento;
- b) Dati societari dell'Impresa;
- c) Dati anagrafici dell'Assicurato;
- d) Durata del Finanziamento;

- e) Importo Richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, dovrà essere riportato tale importo massimo);
- f) Premio unico anticipato;
- g) Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- h) Importo della provvigione percepito dall'Intermediario.

4.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva

Valutata preventivamente tramite il "Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative", la coerenza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'assicurato, l'accesso alla copertura assicurativa è subordinato alla compilazione dei moduli (Questionario Medico e Rapporto di Visita Medica) atti a valutare lo stato di salute dell'assicurato.

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

Importo Richiesto del Finanziamento	Età alla stipula da 18 a 65 anni compiuti	Età alla stipula da 66 a 70 anni NON compiuti
Fino a € 300.000,00	A Questionario Medico	B Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000,00 Fino a € 500.000,00	B Rapporto di Visita Medica	B Rapporto di Visita Medica

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

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

4.2 Valutazione dello stato di salute.

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

A. Questionario Medico

Compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico la cui valutazione da parte dell'Impresa di Assicurazione abbia fornito esito positivo. Una copia del Questionario Medico dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

B. Rapporto di Visita Medica:

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

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

4.3 Adesione alla Polizza Collettiva

Completata la valutazione della coerenza delle richieste ed esigenze assicurative nonché la verifica di assumibilità del rischio a seguito della valutazione dello stato di salute dell'assicurato, l'Impresa per aderire alla Polizza Collettiva deve compilare e sottoscrivere il Modulo di Adesione alla Polizza (vedi fac-simile del Modulo di Adesione in coda al set informativo) redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Impresa e per il Contraente/l'Impresa di Assicurazione).

L'assicurazione sarà operante nel modo seguente:

Assicurazione Intera – la Prestazione Assicurata iniziale è pari a una percentuale di copertura assicurativa del 100%

4.4 Operatività della Prestazione Assicurata

La Polizza Collettiva è da ritenersi operante esclusivamente nel caso in cui la stipula del Finanziamento avvenga entro 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

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

Se alla scadenza del termine di 180 (centottanta) giorni il contratto di Finanziamento non è stato ancora stipulato, l'adesione alla presente Polizza Collettiva è da ritenersi nulla.

L'Assicurato, qualora intendesse aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, dovrà pertanto ripetere le formalità di ammissione (vedi Art. 4.1 "Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva").

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

All'Impresa 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 debitamente compilato e sottoscritto, comprensivo dell'Informativa privacy, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa di Assicurazione qualora quest'ultima ne faccia richiesta.

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

Art.6 - Persone non assicurabili

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

- a) **alla data di stipula del Finanziamento risultino di età inferiore a diciotto anni o maggiore di settanta anni compiuti;**
- b) **alla Data di scadenza del Finanziamento risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;**
- c) **abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di durata superiore a 120 (centoventi) mesi;**
- d) **non siano residenti in Italia;**
- e) **la cui valutazione del Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica da parte dell'Impresa di Assicurazione, abbia avuto esito negativo.**

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

Il Premio è corrisposto dall'Impresa all'Impresa di Assicurazione in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il Contraente trattiene l'ammontare del Premio direttamente dall'Importo Erogato del Finanziamento, con conseguente incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

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

- a) **l'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;**
- b) **l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; ovvero**
- c) **si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione e**
- d) **sia stato pagato il relativo Premio.**

Art.8 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa e non potrà comunque avere durata superiore a (120) centoventi mesi. Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.9 – "Diritto di recesso dell'Impresa" e 12 – "Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento, estinzione anticipata parziale del Finanziamento", l'Assicurazione rimarrà operativa fino alla sua scadenza originaria anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.

L'Assicurazione cesserà comunque, anche prima della Data di scadenza del Finanziamento e senza alcun rimborso di Premio, dalle ore 24 del giorno in cui verrà liquidata la Prestazione Assicurata per decesso, o l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave derivante dalla Polizza Collettiva contro i Danni n° 10025361 collegata alla presente Polizza Collettiva.

Art.9 – Diritto di recesso dell'Impresa

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

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

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

Art.10 - Determinazione del Premio

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

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

dove:

- P Premio unico anticipato
- T tasso mensile pari a 0,04040 %
- N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
- I_r Importo Richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, ai fini del calcolo del Premio si terrà conto di tale importo massimo)

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

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

La Prestazione Assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Erogato del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso e risultante alla data del Sinistro.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, la Prestazione Assicurata, come sopra determinata, sarà ridotta nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento; in nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a pagare, per singola adesione, un importo superiore a € 500.000,00.

In nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo superiore a € 500.000,00 anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale o per Malattia Grave derivante dalla collegata Polizza Collettiva contro i Danni n° 10025361.

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

Nel caso di:

- a) estinzione anticipata totale del Finanziamento rispetto alla Data di scadenza del Finanziamento;
- b) accollo del Finanziamento da parte di terzi come previsto dall'art.1273 C.C.;
- c) trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
- d) cessazione di qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, da parte dell'Assicurato;

l'Assicurazione cesserà a decorrere:

- a) dalla data di estinzione anticipata totale del Finanziamento;
- b) dalla data di accollo del Finanziamento;
- c) dalla data di surroga del Finanziamento
- e) dalla data di cessazione di qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, da parte dell'Assicurato.

Per tutti i casi sopra elencati, l'Impresa avrà diritto ad ottenere dall'Impresa di Assicurazione il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

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

$$R = (PPU * (N - K) * DR / ((N * CE) * (P1 / P0))) + H * (N - K) / N$$

dove:

R = importo da rimborsare

PPU = Premio unico anticipato puro = P - H

N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

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

DR = importo del debito residuo prima dell'estinzione anticipata totale del Finanziamento

CE = importo del capitale erogato del Finanziamento

P0 = Premio unico anticipato;

P1 = Premio unico anticipato riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale del Finanziamento, nel caso non siano presenti precedenti estinzioni anticipate parziali P1 è uguale a P0;

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

ESEMPIO

Importo richiesto del Finanziamento pari ad € 100.000,00, durata del Finanziamento 60 mesi. In caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento trascorsi i primi 40 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

Ppu = € 1.163,40

H = € 1.260,60

N = 60

K = 40

DR = € 39.029,58

CE = € 100.000,00

P0 = € 2.424,00

P1 = € 2.424,00€

R = € 571,56

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

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, l'Assicurazione rimane operativa fino alla Data di scadenza del Finanziamento originaria per il Capitale Residuo, così come ricalcolato a seguito della suddetta estinzione anticipata parziale. **L'Impresa avrà diritto ad ottenere dall'Impresa di Assicurazione il rimborso della quota parte di Premio imponibile pagato e non goduto per il tramite del Contraente. In alternativa, l'Impresa potrà richiedere espressamente all'Impresa di Assicurazione, di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Finanzia-**

mento originaria, come se l'estinzione anticipata parziale non fosse mai avvenuta. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente **contestualmente all'operazione di estinzione anticipata parziale del Finanziamento**.

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

$$R = (PPU \cdot (N - K) \cdot DR / ((N \cdot CE) \cdot (P1/P0)) + H \cdot (N - K) / N) \cdot Cap_est / DR$$

dove:

R = importo da rimborsare

PPU = Premio unico anticipato puro = P - H

N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

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

DR = importo del debito residuo prima dell'estinzione anticipata parziale del Finanziamento

CE = importo del capitale erogato del Finanziamento

P0 = Premio unico anticipato

P1 = Premio unico anticipato riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale del Finanziamento, nel caso non siano presenti precedenti estinzioni anticipate parziali P1 è uguale a P0

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale del Finanziamento versato dall'Impresa

Esempio

Per un Mutuo erogato per un Importo richiesto di € 100.000,00 con durata di 60 mesi, in caso di estinzione anticipata parziale dopo 40 mesi, per un importo versato di € 20.000, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

Ppu = € 1.163,40

H = € 1.260,60

N = 60

K = 40

DR = € 39.029,58

CE = € 100.000,00

P0 = € 2.424,00

P1 = € 2.424,00

Cap_Est = € 20.000,00

R = € 292,88

In caso di ulteriori e successive estinzioni anticipate parziali del Finanziamento, per ciascuna successiva estinzione anticipata parziale del Finanziamento, verrà utilizzato il valore del Premio unico anticipato e dei costi complessivi opportunamente ricalcolati in base alle risultanze dei suddetti valori conseguenti a precedenti operazioni di estinzione anticipata parziale del Finanziamento.

Il calcolo per la determinazione del Premio unico anticipato riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale del Finanziamento sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

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

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

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

Art.13 – Estensione territoriale

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

Art.14 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di decesso dell'Assicurato, la documentazione richiesta al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione ed individuare con esattezza gli aventi diritto deve essere inoltrata all'Impresa di Assicurazione, a mezzo posta (con lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano) oppure consegnata alla filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto. Si segnala che presso la filiale del Contraente ove è stata stipulata l'Assicurazione o, se diversa, dove è in essere il Finanziamento al momento del decesso dell'Assicurato, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. È possibile acquisire tale modulistica anche contattando l'Impresa di Assicurazione al numero telefonico 02.7216.7700 nonché direttamente sul sito internet dell'Impresa di Assicurazione (www.creditrasvita.it nella sezione "I nostri servizi- modulistica e procedure"). È comunque consentito all'avente diritto di richiedere la liquidazione della Prestazione Assicurata in forma libera, purché siano presenti le informazioni necessarie per poter procedere alla liquidazione.

Vengono di seguito indicati i documenti da consegnare unitamente alla richiesta scritta di liquidazione:

- a) Certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- b) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dall'avente diritto con firma autenticata; in alternativa verrà richiesto l'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto. La dichiarazione sostitutiva e l'eventuale atto di notorietà dovranno essere redatti dinanzi all'Autorità Comunale, Notaio o presso il Tribunale.
- c) fotocopia di un valido **documento di identità** dei soggetti/persone aventi diritto riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali;
- d) qualora i soggetti/persone aventi diritto risultino minorenni o incapaci, **decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata** contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa di Assicurazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- e) **copia del piano di ammortamento finanziario** del Finanziamento in essere al momento del Sinistro.
- f) **relazione del medico curante** (medico di famiglia) contenente le informazioni utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso nonché lo stato clinico dell'Assicurato. Tale relazione potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dall'Impresa di Assicurazione sul sito internet www.creditrasvita.it nella sezione "I nostri servizi - modulistica e procedure". In alternativa, la relazione potrà essere predisposta da parte del medico curante anche in forma libera, purché vengano riportati i medesimi contenuti informativi del citato modulo.

L'Impresa di Assicurazione, anche nell'interesse degli aventi diritto, può riservarsi di richiedere altresì ulteriore documentazione in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa (a titolo esemplificativo: relazione medica non esaustiva, decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, decesso per infortunio o causa violenta, discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, ecc.).

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

L'Impresa di Assicurazione si farà carico dei costi che il richiedente si troverà a dover sostenere per l'eventuale produzione in copia delle cartelle cliniche, dei referti di esami sostenuti dall'Assicurato e/o di ogni altro accertamento medico rilasciati dalle competenti strutture sanitarie, provvedendo a rimborsare al richiedente medesimo le spese sostenute fino ad un importo massimo di 150,00 euro, dietro presentazione di idonea attestazione comprovante l'esborso sostenuto.

Art.15 – Beneficiario - Pagamento della Prestazione Assicurata

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

In qualsiasi momento l'Impresa – 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 di Assicurazione facendo espresso riferimento alla presente Polizza Collettiva.**

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

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

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Ai sensi dell'art.1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti dell'Impresa di Assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario. L'Impresa di Assicurazione verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'ammontare della Prestazione Assicurata che risulti dovuta nei confronti dell'Impresa, o del diverso Beneficiario designato e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa di Assicurazione comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione della Prestazione Assicurata.

Art.16 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Impresa 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.17 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre polizze assicurative a favore dell'Impresa o dell'Assicurato.

Art.18 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.19 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non diversamente o espressamente regolato dalle presenti Condizioni di Assicurazione, valgono le norme di legge.

FAC-SIMILE DEL MODULO DI ADESIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3479
Creditor Protection Finanziamenti con Premio finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 28-06-2021

Dati Finanziamento		
Domanda di Finanziamento n° _____		
Dati Impresa		
Ragione sociale _____	Partita IVA/Codice Fiscale _____	
Dati Assicurato		
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Dati copertura assicurativa		
Durata del Finanziamento in mesi _____		
Importo Richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento sia superiore a € 500.000,00, deve essere riportato tale importo massimo) € _____		
Premio unico anticipato		
€ _____		
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
€ _____		
Provvigioni percepite dall'Intermediario		
40% sul Premio pari a € _____		

La sottoscritta Impresa:

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 Finanziamento da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3479 ("**Polizza**") concernente una copertura assicurativa per il caso di decesso e ha stipulato con CreditRas Assicurazioni S.p.A. la Polizza Collettiva contro i Danni n°10025361 con Premio unico anticipato per tutta la durata del Finanziamento. Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di un contratto di Finanziamento con la Banca medesima. L'adesione ad una delle due Polizze Collettive comporta la contestuale adesione, da parte dell'Impresa, anche all'altra Polizza Collettiva in quanto le due componenti vita e danni risultano inscindibili al fine di assicurare la completa copertura del bisogno di protezione dell'Impresa stessa.

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 multirischi (Dip Aggiuntivo Multirischi), delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, del Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy - ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

DICHIARA di avere letto, approvare 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 della Prestazione Assicurata.

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

PRENDE ATTO che la Prestazione Assicurata iniziale non può essere superiore a € 500.000,00; in caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, il calcolo della Prestazione Assicurata sarà effettuato tenendo conto della proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento. In nessun caso (nemmeno qualora il Finanziamento erogato sia di importo superiore a € 500.000,00) **CRV** sarà tenuta a corrispondere un importo superiore a € 500.000,00.

DESIGNA come Assicurato la persona sopra indicata.

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

DÀ MANDATO irrevocabile alla **Banca** di effettuare in nome e per conto proprio il pagamento del Premio a favore di **CRV**, autorizzando a tal fine la Banca a trattenere l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Finanziamento, con conseguente incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

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

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;
- prendere atto che, per il caso di decesso, il beneficio della Prestazione Assicurata in base alla presente **Polizza** spetta all'**Impresa**.

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO E RAPPORTO DI VISITA MEDICA

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

Firma Assicurato _____

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

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

DIRITTO DI RECESSO DELL'IMPRESA

L'Impresa 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 sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Impresa 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 Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Impresa aderente

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

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I dati personali degli interessati potranno essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE. Nel caso in cui le suddette BCR non trovasero 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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni

N°10025361

Creditor Protection Finanziamenti

con Premio finanziato

Imprese CHIRO - UniCredit

ad adesione facoltativa

AVVERTENZA

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

Edizione: 28/06/2021– Ultimo aggiornamento: 28/06/2021

GLOSSARIO

Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025361 Creditor Protection Finanziamenti con Premio finanziato

Imprese CHIRO - UniCredit ad adesione facoltativa

Data ultimo aggiornamento 28/06/2021

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

Apertura di credito

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa, di durata non superiore a 120 (centoventi) mesi, non garantito da ipoteca su immobili, avente per oggetto la messa a disposizione dell'Impresa, da parte del Contraente, di una somma predeterminata utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; l'Impresa potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma finanziata dovrà essere restituita dall'Impresa al Contraente secondo un piano di rientro predeterminato;

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, vale a dire la persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, designata dall'Impresa stessa sul Modulo di Adesione;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Capitale Residuo

il debito residuo in linea capitale a carico dell'Impresa relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario originario del Mutuo, o dal piano di rientro dell'Apertura di Credito, al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

Nel caso di Finanziamento con Periodo di Preammortamento:

- a) durante tale periodo il Capitale Residuo rimane costante e pari all'Importo Erogato del Finanziamento; non sono quindi compresi gli interessi maturati su tale importo;
- b) dalla data di scadenza di tale periodo il Capitale Residuo è pari al debito residuo in linea capitale a carico dell'Impresa relativamente al Finanziamento, calcolato in base ad un piano di ammortamento al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;

Contraente

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

Data di scadenza del Finanziamento

la data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario; tale data rimane inalterata anche nel caso di successive modifiche del piano di ammortamento o di rientro originario;

Durata dell'Assicurazione

La durata, espressa in mesi interi, del periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e la data di scadenza del contratto di assicurazione, durante il quale le coperture assicurative previste risultano valide;

Durata del Finanziamento

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

Finanziamento

Il Mutuo o l'Apertura di Credito;

Importo Erogato del Finanziamento

l'importo erogato del Mutuo, o concesso dall'Apertura di credito, dal Contraente all'Impresa; differisce dall'Importo Richiesto del Finanziamento in quanto viene finanziato anche il Premio della presente Polizza Collettiva e/o di altre coperture connesse al Mutuo o all'Apertura di credito;

Importo Richiesto del Finanziamento

l'importo del Finanziamento richiesto dall'Impresa al Contraente;

Impresa

la società cliente del Contraente, che ha stipulato un Finanziamento con il Contraente medesimo, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

Impresa di Assicurazione

CreditRas Assicurazioni S.p.A. (per brevità "CreditRas Assicurazioni");

Inabilità Temporanea Totale

la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia;

Indennizzo

la somma dovuta dall'Impresa di Assicurazione che presta la garanzia in caso di Sinistro;

Infortunio

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

Intermediario

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

Invalidità Permanente

la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile da parte dell'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia, della capacità di svolgere un lavoro proficuo, con espresso riferimento alla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato;

Invalidità Permanente Totale

l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 40%;

Malattia

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio e che può essere accertata mediante certificazione medica;

Malattia Grave

- a) **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II, III e IV stadio di Clarcke, il sarcoma di Kaposi;
- b) **Cardiopatia Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare**, nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronario;
- c) **Infarto Miocardico:** evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
 - 1) storia del dolore cardiaco tipico;
 - 2) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
 - 3) modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) **Ictus cerebrale:** Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infirmità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;
- e) **Insufficienza renale:** Malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
- f) **Coma:** lo stato di incoscienza con assenza di reazione agli stimoli esterni o interni, persistente e accompagnato dall'utilizzo di sistemi di supporto vitale per un periodo di almeno 72 ore, producendo un deficit neurologico permanente irreversibile. Non è considerato Coma lo stato di incoscienza indotto farmacologicamente;
- g) **Paralisi degli arti:** perdita totale e irreversibile delle funzioni muscolari della totalità di uno qualsiasi dei due arti. La condizione deve essere confermata da un consulente neurologo e da esami di imaging;
- h) **Sclerosi multipla:** malattia neurodegenerativa che colpisce il sistema nervoso centrale. Deve essere riscontrato un deterioramento clinico attuale della funzione sensoria o motoria, che deve essersi protratto per un periodo continuo di almeno 6 mesi. La diagnosi deve essere inequivocabile e deve essere emessa da uno specialista. La diagnosi è basata su tecniche di indagine come l'imaging, l'analisi del fluido cerebrospinale e i potenziali evocati;
- i) **Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi:** cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;
- j) **Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente** di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%;

Modulo di Adesione

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

Mutuo

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa avente per oggetto la concessione all'Impresa, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine, di durata non superiore a 120 (centoventi) mesi, non garantito da ipoteca su immobili;

Normale Attività Lavorativa

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

Periodo di Carenza

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 del giorno di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la garanzia non è operante. Se il sinistro si verifica in tale periodo, l'Impresa di Assicurazione che presta la garanzia non paga alcun Indennizzo

Periodo di Franchigia

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

Periodo di Preammortamento

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

Polizza Collettiva

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

Premio

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

Questionario Medico

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

Rapporto Visita Medica

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

Ricovero Ospedaliero

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

Sinistro

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025361
Creditor Protection Finanziamenti con Premio finanziato
Imprese CHIRO UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 28-06-2021

Art.1 – Sezioni della Polizza Collettiva

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti sezioni:

I Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%

II Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

III Malattia Grave

IV Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

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

Art.2 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva

L'adesione alla Polizza Collettiva avviene mediante compilazione e sottoscrizione, da parte dell'Impresa e dell'Assicurato stesso, del Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Impresa e per il Contraente/l'Impresa di Assicurazione).

2.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva

Valutata preventivamente tramite il "Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative", la coerenza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'Impresa, l'accesso alla copertura assicurativa è subordinato alla compilazione di moduli (Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica) atti a valutare lo stato di salute dell'assicurando.

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

Importo Richiesto del Finanziamento	Età alla stipula da 18 a 65 anni compiuti	Età alla stipula da 66 a 70 anni NON compiuti
Fino a € 300.000,00	A Questionario Medico	B Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000,00 Fino a € 500.000,00	B Rapporto di Visita Medica	B Rapporto di Visita Medica

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

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

2.2 Valutazione dello stato di salute.

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

A. Questionario Medico

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

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

B. Rapporto di Visita Medica

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

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

2.3 Adesione alla Polizza Collettiva

Completata la valutazione della coerenza delle richieste ed esigenze assicurative nonché la verifica di assumibilità del rischio a seguito della valutazione dello stato di salute dell'assicurato, l'Impresa per aderire alla Polizza Collettiva è tenuto a compilare e sottoscrivere il Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva (vedi fac-simile del Modulo di Adesione in coda alle presenti Condizioni di Assicurazione) redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Impresa e per il Contraente/l'Impresa di Assicurazione).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Impresa della contemporanea adesione anche alla collegata Polizza Collettiva Vita n° 3479, stipulata dal Contraente con CreditRas Vita S.p.A., avente per oggetto la garanzia decesso.

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

- a) Numero di domanda del Finanziamento;
- b) Dati societari dell'Impresa,
- c) Dati anagrafici dell'Assicurato;
- d) Durata del Finanziamento;
- e) Importo Richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, dovrà essere riportato tale importo massimo);
- f) Premio unico anticipato;
- g) Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- h) Importo della provvigione percepita dall'Intermediario.

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

Assicurazione Intera – la Somma Assicurata iniziale è pari a una percentuale di copertura assicurativa del 100%;

2.4 Operatività della Polizza Collettiva

La Polizza Collettiva è da ritenersi operante esclusivamente nel caso in cui la stipula del Finanziamento avvenga entro 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

In caso contrario valgono le disposizioni dell'articolo 13 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

Se alla scadenza del termine di 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione il contratto di Finanziamento non è stato ancora stipulato, l'adesione alla presente Polizza Collettiva è da ritenersi nulla.

L'Impresa, qualora intendesse aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, dovrà pertanto ripetere la procedura di cui al presente articolo 2 - **Procedura di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva**.

Art.3 – Documentazione da consegnare all'Impresa al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva

All'Impresa 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 debitamente compilata e sottoscritta e dell'Informativa privacy dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa di Assicurazione qualora quest'ultima ne faccia richiesta.

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

Art.4 - Persone non assicurabili

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

- a) **alla data di stipula del Finanziamento risultino di età inferiore a diciotto anni o maggiore di settanta anni compiuti;**
- b) **alla Data di scadenza del Finanziamento risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;**
- c) **abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di durata superiore a 120 (centoventi) mesi;**
- d) **non siano residenti in Italia;**
- e) **la cui valutazione del Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica (ove previsto) da parte dell'Impresa di Assicurazione, abbia avuto esito negativo.**

Art.5 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione

Il Premio è corrisposto dall'Impresa all'Impresa di Assicurazione in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il Contraente trattiene l'ammontare del Premio direttamente dall'Importo Erogato del Finanziamento, con conseguente incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

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

- a) **l'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;**
- b) **l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; ovvero**

- c) si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica (ove previsto) sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; e
d) sia stato pagato il relativo Premio.

Durante l'eventuale Periodo di Preammortamento saranno operanti soltanto le garanzie "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%" e la garanzia "Malattia Grave". La garanzia "Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia" non sarà operante ma per tale garanzia decorrerà comunque il relativo Periodo di Carenza.

Art.6 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa e non potrà comunque avere durata superiore a 120 (centoventi) mesi.

Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.7 – "Diritto di recesso dell'Impresa" e 9 – "Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa - Estinzione anticipata parziale del Finanziamento", l'Assicurazione rimarrà operativa fino alla sua scadenza originaria anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.

L'Assicurazione cesserà comunque, anche prima della Data di scadenza del Finanziamento e senza alcun rimborso di Premio, in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% o Malattia Grave, oppure in caso di decesso dell'Assicurato.

Art.7 – Diritto di recesso dell'Impresa

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

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno

L'Impresa di Assicurazione provvederà al rimborso dell'intero Premio all'Impresa per il tramite del Contraente. Il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Impresa in relazione al Finanziamento. Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, alla sola Impresa è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, **con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità**. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il Contraente provvederà a darne comunicazione all'Impresa di Assicurazione. **L'Impresa di Assicurazione provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso all'Impresa della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto**, secondo quanto disposto dal successivo art.9 - Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa - Estinzione anticipata parziale del Finanziamento. **Il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Finanziamento.**

Resta inteso che, anche in caso di esercizio del diritto di recesso annuale da parte dell'Impresa, previsto dal presente articolo, la collegata Polizza Collettiva Vita n°3479, resterà in vigore.

Art.8 - Determinazione del Premio

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

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

dove:

- P Premio unico anticipato inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)
T tasso mensile pari a 0,059800%
N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
I_r Importo Richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, ai fini del calcolo del Premio si terrà conto di tale importo massimo).

Art.9 – Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa – Estinzione anticipata parziale del Finanziamento

Nel caso di:

- estinzione anticipata totale del Finanziamento rispetto alla Data di scadenza del Finanziamento;
- accollo del Finanziamento da parte di terzi come previsto dall'art.1273 C.C.;
- trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
- recesso dell'Impresa in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione ai sensi del precedente art.7;
- cessazione di qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, da parte dell'Assicurato,

l'Assicurazione cesserà a decorrere:

- dalla data di estinzione anticipata totale del Finanziamento;
- dalla data di accollo del Finanziamento;
- dalla data di surroga del Finanziamento;
- dalla data di scadenza di ogni singola annualità dell'Assicurazione in caso di esercizio del diritto di recesso, in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione, esercitato nei termini e nelle modalità indicate al precedente art. 7;
- dalla data di cessazione di qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, da parte dell'Assicurato.

Per tutti i casi sopra elencati, l'Impresa avrà diritto ad ottenere dall'Impresa di Assicurazione il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

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

$$R = (PPU * (N - K) * DR / ((N * CE) * (P1 / P0)) + H * (N - K) / N)$$

dove:

R = importo da rimborsare

PPU = Premio unico anticipato puro = P - H

N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

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

DR = Importo del debito residuo prima dell'estinzione anticipata totale del Finanziamento

CE = Importo del capitale erogato del Finanziamento

P0 = Premio unico anticipato imponibile

P1 = Premio unico anticipato imponibile riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale del Finanziamento, nel caso non siano presenti precedenti estinzioni anticipate parziali P1 è uguale a P0

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

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

ESEMPIO

Per Finanziamento erogato per un Importo Richiesto del Finanziamento pari ad € 100.000,00, durata del Finanziamento 60 mesi, in caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento trascorsi i primi 40 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

Ppu = € 1.677,88

H = € 1.822,81

N = 60

K = 40

DR = € 37.619,32

CE = € 100.000,00

P0 = € 3.500,69

P1 = € 3.500,69

R = € 818,01

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

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

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

$$R = (PPU * (N - K) * DR / ((N * CE) * (P1 / P0)) + H * (N - K) / N) * Cap_est / DR$$

dove:

R = importo da rimborsare

PPU = Premio unico anticipato puro = P - H

N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

- K = durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi; il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero indipendentemente dal giorno in cui avviene; il mese di estinzione anticipata parziale del Finanziamento non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata parziale del Finanziamento
- DR = Importo del debito residuo prima dell'estinzione anticipata parziale del Finanziamento
- CE = Importo del capitale erogato del Finanziamento
- P0 = Premio unico anticipato imponibile;
- P1 = Premio unico anticipato imponibile riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale del Finanziamento, nel caso non siano presenti precedenti estinzioni anticipate parziali P1 è uguale a P0;
- H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)
- Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale del Finanziamento versato dall'Impresa

Esempio

Per Finanziamento erogato per un Importo richiesto di € 100.000,00 con durata di 60 mesi, in caso di estinzione anticipata parziale dopo 40 mesi, per un importo versato di € 20.000, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

Ppu = € 1.677,88
H = € 1.822,81
N = 60
K = 40
DR = € 37.619,32
CE = € 100.000,00
P0 = € 3.500,69
P1 = € 3.500,69
Cap_Est = € 20.000,00
R = € 434,89

In caso di ulteriori e successive estinzioni anticipate parziali del Finanziamento, per ciascuna successiva estinzione anticipata parziale del Finanziamento, verrà utilizzato il valore del Premio unico anticipato imponibile e dei costi complessivi opportunamente ricalcolati in base alle risultanze dei suddetti valori conseguenti a precedenti operazioni di estinzione anticipata parziale del Finanziamento.

Il calcolo per la determinazione del Premio unico anticipato imponibile riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale del Finanziamento sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

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

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

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

Art.10 – Procedura per la valutazione del danno

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art.11 – Pagamento dell'indennizzo

L'Impresa di Assicurazione verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'ammontare dell'Indennizzo che risulti dovuta nei confronti dell'Impresa e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa di Assicurazione comunica all'Impresa eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

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

- a) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa di Assicurazione abbia potuto effettuare gli accertamenti necessari, all'Impresa di Assicurazione dovrà essere fornito, oltre alla documentazione richiesta agli articoli "Obblighi in caso di Sinistro" di cui alle successive Sezioni, il certificato di morte dell'Assicurato. Una volta acquisita la documentazione sopra indicata l'Impresa di Assicurazione provvede alla valutazione del danno in base alla documentazione disponibile e s'impegna a comunicare all'Impresa l'esito della valutazione del Sinistro. Nel caso l'Indennizzo venga ufficialmente offerto all'Impresa o quantificato in misura determinata, l'Impresa di Assicurazione corrisponde all'Impresa stessa, l'Indennizzo spettante per la garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio, l'importo quantificato od offerto;
- b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto all'Impresa o quantificato in misura determinata, l'Impresa di Assicurazione corrisponde all'Impresa stessa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'Indennizzo spettante e l'importo quantificato offerto.

Art.12 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

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

Art.13 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre polizze assicurative a favore dall'Impresa o dall'Assicurato.

Art.14 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.15 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non diversamente o espressamente regolato dalle presenti Condizioni di Assicurazione, valgono le norme di legge.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE I INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 40%

Art.16 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione garantisce il pagamento di un Indennizzo a favore dell'Impresa in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% dell'Assicurato derivante da Infortunio o da Malattia che l'Assicurato 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 semprechè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- 4) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore;
- 6) la folgorazione;
- 7) le lesioni muscolari determinate da sforzo, intendendosi per sforzo il dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato;
- 8) le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria; le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Art.17 – Periodo di Carenza

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.18 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% causati o derivanti da:

- a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- d) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;

- f) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
- i) pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- o) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

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

Art.19 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità

La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Erogato del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso e risultante alla data del Sinistro.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, la somma assicurata, come sopra determinata, sarà ridotta nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento; in nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a corrispondere, per singola adesione, un importo superiore a € 500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 40%.

La somma massima assicurata per ciascun Assicurato, si intende aumentata ad € 1.000.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40%, e ad € 1.500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40% a seguito di incidente stradale.

In nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato una somma superiore a:

- a) € 500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 40%;
- b) € 1.000.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40%;
- c) € 1.500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40% a seguito di incidente stradale;

anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

L'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%, non può cumularsi con quello per Malattia Grave e con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3479.

Art.20 – Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 40%

Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% 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 di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento risultante alla data di accadimento dell'Infortunio medesimo.

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

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.

Qualora 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 INAIL – Percentuali Invalidità Permanente" stessa ed ai criteri sopra indicati, **tenendo conto della complessiva diminuzione della specifica capacità lavorativa, in relazione alla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato.**

La valutazione verrà effettuata comunque tenendo conto della complessiva diminuzione della specifica capacità lavorativa in relazione alla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato, così come riconosciuta dagli Enti abilitati a cui è stata avanzata la richiesta di attestazione dell'Invalidità Permanente Totale, considerando sempre e comunque la valutazione più favorevole all'Assicurato.

Art.21 - Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 40%

Qualora la Malattia abbia per conseguenza diretta l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% dell'Assicurato, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento risultante alla data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente presentata agli Enti abilitati.

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 insorte.

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

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

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

La valutazione verrà effettuata tenendo conto della complessiva diminuzione della specifica capacità lavorativa, in relazione alla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato, così come riconosciuta dagli Enti abilitati a cui è stata avanzata la richiesta di attestazione dell'Invalidità Permanente Totale.

Art.22 – Precedenti Indennizzi

Nel caso in cui un unico Infortunio o un'unica Malattia abbiano causato prima un Sinistro di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero e poi un Sinistro di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40%, l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40%, sarà calcolato detraendo l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all'Impresa a titolo della garanzia di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero, di cui alle Sezioni II e IV della presente Polizza Collettiva.

Art.23 – Estensione territoriale

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

Art.24 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto di quest'ultimo, deve:

- a) farne **denuncia all'Impresa di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro o da quando ne ha avuto conoscenza, tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione.** Si segnala che presso la filiale del Contraente dove è stata stipulata l'Assicurazione o, se diversa, dove è in essere il Finanziamento al momento della denuncia del Sinistro, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito telefonico 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 del Codice Civile;**
 - b) fornire **fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;**
 - c) fornire **copia del piano di ammortamento finanziario originario del Mutuo, o del piano di rientro dell'Apertura di credito,** in essere al momento del Sinistro;
 - 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, 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 di Assicurazione.
- L'Assicurato deve altresì:
- f) sottoporsi agli **accertamenti e controlli medici** richiesti dall'Impresa di Assicurazione;
 - g) fornire all'Impresa di Assicurazione **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 il decesso dell'Assicurato, i suoi eredi legittimi o altro soggetto per conto di quest'ultimi, devono darne immediato avviso all'impresa di Assicurazione e fornire il certificato di morte dell'Assicurato.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE II INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Art.25 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione **ferme restando le esclusioni** previste al successivo **articolo 27 – Esclusioni** - garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o da Malattia.

Art.26 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora la Malattia insorga o venga diagnosticata entro 30 (trenta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.27 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Inabilità Temporanea Totale causati o derivanti da:

- a) **Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;**
- b) **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;**
- c) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;**
- d) **imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;**
- e) **ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;**
- f) **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;**
- g) **uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;**
- h) **uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;**
- i) **pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;**
- j) **pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;**

- k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- o) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- p) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
- q) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

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

Art.28 – Estensione territoriale

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

Art.29 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto di quest'ultimo, deve:

- a) farne **denuncia all'Impresa di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione**. Si segnala che presso la filiale del Contraente dove è stata stipulata l'Assicurazione o, se diversa, dove è in essere il Finanziamento al momento della denuncia del Sinistro, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito telefonico 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 del Codice Civile;
- b) fornire **fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato**;
- c) fornire **copia del piano di ammortamento finanziario originario del Mutuo, o del piano di rientro dell'Apertura di credito**, in essere al momento del Sinistro;
- d) fornire **certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di Ricovero Ospedaliero**; fornire i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

L'Assicurato deve altresì:

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

L'Assicurato, infine, una volta **scaduto il Periodo di Franchigia di cui al seguente articolo 31 – Periodo di Franchigia**, per ciascun periodo di successivi 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro deve compilare ed inviare all'Impresa di Assicurazione, allo stesso recapito indicato alla lettera a), **il modulo di continuazione del Sinistro**; tale modulo è disponibile come indicato alla lettera a) e deve essere inviato all'Impresa di Assicurazione **entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro**.

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

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

Art.30 – Denunce Successive

Qualora l'Assicurato, entro 90 (novanta) giorni dalla ripresa della propria Normale Attività Lavorativa **successivamente ad un periodo di Inabilità Temporanea Totale, subisca una nuova Inabilità Temporanea Totale:**

- a) se derivante dallo stesso Infortunio o dalla stessa Malattia, il Sinistro verrà considerato come continuazione del precedente e non verrà applicato quindi un ulteriore Periodo di Franchigia;
- b) se derivante da diverso Infortunio o da diversa Malattia, il Sinistro verrà considerato come nuovo e non collegato al precedente e verrà applicato quindi, come previsto, il Periodo di Franchigia.

Art.31 – Periodo di Franchigia

E' previsto un Periodo di Franchigia di 30 (trenta) giorni.

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

Art.32 – Determinazione dell'Indennizzo

Qualora l'Inabilità Temporanea Totale perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata mensile del Finanziamento scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale successivo, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Impresa un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Finanziamento medesima, comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo, o del piano di rientro dell'Apertura di credito, in essere al momento del Sinistro; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, l'Indennizzo, come sopra determinato, sarà ridotto nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento.

Art.33 – Limiti di Indennizzo

Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di 12 (dodici) rate consecutive.

Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di 48 (quarantotto) rate per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE III MALATTIA GRAVE

Art.34 – Oggetto dell'Assicurazione

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

Art.35 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia Grave è previsto un Periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora la Malattia Grave insorga o venga diagnosticata entro 90 (novanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.36 - Esclusioni

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

- a) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- b) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- c) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- d) cure dimagranti e dietetiche;
- e) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser.

Art.37 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità

La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Erogato del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, la somma assicurata, come sopra determinata, sarà ridotta nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento; in nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a pagare, per singola adesione, un importo superiore a € 500.000,00.

In nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo superiore a € 500.000,00 anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa di Assicurazione.

L'Indennizzo per Malattia Grave non può cumularsi con quello per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% e con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3479.

Art.38 – Malattia Grave

In caso di Malattia Grave che colpisca l'Assicurato, l'Impresa di Assicurazione liquiderà all'Impresa un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento, risultante alla data della certificazione medica attestante la diagnosi della Malattia oppure, nel caso di Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%, risultante alla data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da

altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, ossia da Malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata. Nel corso dell'Assicurazione le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie. Si intendono Malattie concorrenti le Malattie o le Invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e dell'Invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale.

Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa. In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, in dipendenza 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 dell'Assicurato di grado pari o superiore al 30%.

Art.39 – Precedenti Indennizzi

Nel caso un'unica Malattia abbia causato prima un Sinistro di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero e poi un Sinistro di Malattia Grave, l'Indennizzo per Malattia Grave sarà calcolato detraendo l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all'Impresa a titolo della garanzia di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero di cui alle Sezioni II e IV della presente Polizza Collettiva.

Art.40 – Estensione territoriale

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

Art.41 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto di quest'ultimo, deve:

- a) farne denuncia all'Impresa di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione. Si segnala che presso la filiale del Contraente dove è stata stipulata l'Assicurazione o, se diversa, dove è in essere il Finanziamento al momento della denuncia del Sinistro, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito telefonico 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 del Codice Civile;

- b) fornire **fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;**
- c) fornire **copia del piano di ammortamento finanziario originario del Mutuo, o del piano di rientro dell'Apertura di credito**, in essere al momento del Sinistro;
- d) nel caso di Malattia che provochi un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%, fornire **certificazione dell'Invalidità Permanente** e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale; inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i **certificati medici** attestanti il decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa di Assicurazione.

L'Assicurato deve altresì:

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

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

Art.42 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione **ferme restando le esclusioni** previste al successivo **articolo 44 – Esclusioni**, garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o da Malattia.

Art.43 – Periodo di Carenza

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

Art.44 - Esclusioni

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

- a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;

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

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

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

Art.45 – Estensione territoriale

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

Art.46 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto di quest'ultimo, deve:

- a) farne **denuncia all'Impresa di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione**. Si segnala che presso la filiale del Contraente dove è stata stipulata l'Assicurazione o, se diversa, dove è in essere il Finanziamento al momento della denuncia del Sinistro, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito telefonico potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. **L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;**
- b) fornire **fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;**
- c) fornire **copia del piano di ammortamento finanziario** del Finanziamento in essere al momento del Sinistro;
- d) fornire **certificato medico** di Ricovero Ospedaliero e **copia della cartella clinica;** fornire i **successivi certificati medici** emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero);

L'Assicurato deve altresì:

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

L'Assicurato, infine, una volta **scaduto il Periodo di Franchigia di cui al seguente articolo 48 – Periodo di Franchigia**, per ciascun periodo di successivi 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro **deve compilare ed inviare all'Impresa di Assicurazione**, allo stesso recapito indicato alla lettera a), **il modulo di continuazione del Sinistro**; tale modulo è disponibile come indicato alla lettera a) e deve essere inviato all'Impresa di Assicurazione **entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro**.

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

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

Art.47 – Denunce Successive

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

Art.48 – Periodo di Franchigia

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

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

Art.49 – Determinazione dell'Indennizzo

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata mensile del Finanziamento scadente durante il periodo di Ricovero Ospedaliero successivo, l'Impresa corrisponderà all'Impresa un Indennizzo di importo pari a tre volte l'importo della rata mensile del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Finanziamento in essere al momento del Sinistro, moltiplicata per la percentuale quota di copertura assicurativa; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente. In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, l'Indennizzo, come sopra determinato, sarà ridotto nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento.

Art.50 – Limiti di Indennizzo

Per ciascun Sinistro di Ricovero Ospedaliero non potranno essere indennizzate più di 12 (dodici) rate consecutive. Il limite dell'importo massimo assicurabile per ciascuna rata mensile è pari a € 2.000,00 (duemila). L'Impresa di Assicurazione corrisponderà un Indennizzo pari a tre volte l'importo di ciascuna rata. L'Indennizzo non potrà comunque superare l'importo di € 6.000,00 (seimila) per ciascuna rata mensile.

I suddetti limiti debbono intendersi quali limiti complessivi anche nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa di Assicurazione.

Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di 48 (quarantotto) rate per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.

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

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	18%		15%

se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
- in semipronazione	22%		18%
- in pronazione	25%		22%
- in supinazione	35%		30%
DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	Destro		Sinistro
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%	

FAC-SIMILE DEL MODULO DI ADESIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i danni n°10025361
Creditor Protection Finanziamenti con Premio finanziato
Imprese CHIRO -UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 28-06-2021

Dati Finanziamento		
Domanda di Finanziamento n° _____		
Dati Impresa		
Ragione sociale _____	Partita IVA/Codice Fiscale _____	
Dati Assicurato		
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Dati copertura assicurativa		
Durata del Finanziamento in mesi _____		
Importo Richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento sia superiore a € 500.000,00, deve essere riportato tale importo massimo)		€ _____
Premio unico anticipato		
€ _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)		
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
€ _____		
Provvigioni percepite dall'Intermediario		
40% sul Premio imponibile pari a € _____		

La sottoscritta **Impresa**:

PRENDE ATTO che **UniCredit S.p.A. ("Banca")** ha stipulato con CreditRas Assicurazioni S.p.A. ("**CRA**"), per conto dei propri clienti intestatari di un Finanziamento da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025361 ("**Polizza**") concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%**, di **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**, di **Malattia Grave** e di **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** e ha stipulato con CreditRas Vita S.p.A. la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3479 avente per oggetto una copertura assicurativa temporanea per il caso decesso a capitale decrescente a Premio unico anticipato per tutta la durata del Finanziamento.

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

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 danni (Dip Danni), del documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (Dip aggiuntivo Multirischi), delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario; del Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy - ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

DICHIARA di avere letto, approvare 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 di Assicurazione 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 la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento, a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto o il Rapporto di Visita Medica (ove previsto) e questi siano

stati valutati positivamente ed accettati preventivamente da **CRA**; c) sia stato pagato il relativo Premio, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario.

PRENDE ATTO che la somma assicurata iniziale non può essere superiore a € 500.000,00; in caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, il calcolo della somma assicurata sarà effettuato tenendo conto della proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento. In nessun caso (nemmeno qualora il Finanziamento erogato sia pari ad un importo superiore a € 500.000,00) **CRA** sarà tenuta a corrispondere un importo superiore a: a) € 500.000,00 nel caso di Invalità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 40% e nel caso di Malattia Grave; b) € 1.000.000,00 nel caso di Invalità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40%; c) € 1.500.000,00 nel caso di Invalità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40% a seguito di incidente stradale.

DESIGNA come Assicurato la persona sopra indicata.

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

DÀ MANDATO irrevocabile alla **Banca** di effettuare in nome e per conto proprio il pagamento del Premio a favore di **CRA**, autorizzando a tal fine la **Banca** a trattenere l'ammontare del Premio direttamente dall'Importo Erogato del Finanziamento, con conseguente incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

Data _____ Firma Legale Rappresentante o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Impresa aderente _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità della **Polizza** **DICHIARO** espressamente di dare mandato irrevocabile all'Impresa, ai sensi dell'art.1723, secondo comma del Codice Civile, anche nell'interesse di quest'ultima o di terzi, per i casi di **Invalità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40%**, di **Inabilità Temporanea Totale**, di **Malattia Grave** e di **Ricovero Ospedaliero**, ad incassare ogni indennizzo dovuto da **CRA** in base alla presente **Polizza**.

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO E RAPPORTO DI VISITA MEDICA

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

Firma Assicurato _____

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

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

DIRITTO DI RECESSO DELL'IMPRESA

L'Impresa 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 sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, alla sola Impresa è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, **con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità**. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Impresa 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 Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Impresa aderente _____

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 le precisiamo che la nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraente/Assicurati).

1. Titolare del Trattamento e informazioni di contatto

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

2. Categorie di dati raccolti

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

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

3. Finalità del trattamento

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

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

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

3.a Base Giuridica del trattamento

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

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

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

4. Modalità d'uso dei dati

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

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

Per taluni servizi, inoltre, potranno essere utilizzati soggetti di nostra fiducia che svolgano per conto di CreditRas Assicurazioni S.p.A., compiti di natura tecnica od organizzativa tali per cui il trattamento dei dati da parte loro risulti necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo finalizzato alla liquidazione dei sinistri e per la redistribuzione del rischio. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono diretti collaboratori di CreditRas Assicurazioni S.p.A. e ricoprono la funzione di "responsabile", di incaricato, ovvero operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva, quali (intermediari bancari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione), consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autoficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi (anche informatici, telematici o di archiviazione), cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi

informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti. Così pure i dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da CreditRas Assicurazioni S.p.A. a enti e organismi pubblici, quali ad esempio IVASS – Consap – COVIP – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all’Autorità Giudiziaria e alle Forze dell’Ordine. In considerazione della complessità dell’organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell’ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute. Si informa inoltre che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa 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.

5.a Possibili ulteriori destinatari dei suoi dati personali

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

6. Trasferimento all’estero dei suoi dati

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

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

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

7. I Suoi diritti nello specifico

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

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

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

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

8. Periodo di conservazione dei dati

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

9. Diritto di presentare reclamo all’autorità di controllo

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