

Creditor Protection Prestiti Personali Lavoratori Autonomi

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 Indice, Glossario, Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy

AVVERTENZA

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

Il prodotto è conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

Edizione: 31/03/2021 – Ultimo aggiornamento: 31/03/2021

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 Prestiti Personali UniCredit"

Data di realizzazione 31/03/2021 – 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 - Prestiti Personali" ad adesione facoltativa, è destinata alle Persone Fisiche Clienti di UniCredit, residenti in Italia, titolari di un Finanziamento erogato da UniCredit S.p.A, che intendano tutelarsi in caso di imprevisti per far fronte agli impegni finanziari legati al Finanziamento, che abbiano compiuto i 18 anni e che alla data di scadenza del Finanziamento non abbiano età maggiore di 75 anni. Nell'ambito dell'offerta "CPI – Prestiti Personali", la soluzione è **l'offerta, ad adesione facoltativa, destinata a persone fisiche** titolari di un Finanziamento erogato da UniCredit S.p.A che intendano tutelarsi per il caso di **decesso**. La presente Assicurazione Vita può essere stipulata solo in fase di erogazione del Finanziamento. L'adesione a questa Assicurazione Vita è subordinata all'adesione alla collegata Assicurazione contro i Danni in forma collettiva, commercializzata da CreditRas Assicurazioni S.p.A. riservata alla specifica categoria di Lavoratore di appartenenza dell'Assicurato.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

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

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

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



Che cosa NON è assicurato?

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

Non sono assicurabili le persone che:

- alla data di erogazione del Finanziamento siano di età inferiore a 18 anni;
- 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 per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa, siano state ritenute non assicurabili.



Ci sono limiti di copertura

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



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

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

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



Quando e come devo pagare?

Il **Premio** è determinato in base al tasso mensile della 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'Assicurato autorizzerà la Banca a trattenere il Premio direttamente dall'importo del Finanziamento, con relativo incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento e termina alla Data di scadenza del Finanziamento stesso.

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

- **recesso per ripensamento;**
- **estinzione totale anticipata del Finanziamento;**
- **liquidazione degli Indennizzi per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% derivante da Infortunio o Malattia o Malattia Grave (ove prevista) derivante dall'Assicurazione contro i Danni;**
- **liquidazione dell'indennizzo per decesso dell'Assicurato.**

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



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

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

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

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la sua filiale UniCredit di riferimento, da sottoscrivere con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

Compagnia:
CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Creditor Protection Prestiti Personali per
Lavoratori Autonomi

Data aggiornamento 31/03/2021

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

Che tipo di assicurazione è?

L'offerta "CPI - Prestiti Personali" ad adesione facoltativa, è destinata alle Persone Fisiche Clienti di UniCredit, residenti in Italia, titolari di un Finanziamento erogato da UniCredit S.p.A, che intendano tutelarsi in caso di imprevisti per far fronte agli impegni finanziari legati al finanziamento, che abbiano compiuto i 18 anni e che alla data di scadenza del Finanziamento non abbiano età maggiore di 75 anni. Nell'ambito dell'offerta "CPI - Prestiti Personali", la soluzione Lavoratori Autonomi è **l'offerta, ad adesione facoltativa, rivolta ai Lavoratori Autonomi** che intendano tutelarsi dal rischio di non poter ripagare il debito a seguito di eventi derivanti da: decesso, Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia, ivi inclusa la quarantena al proprio domicilio con tampone per COVID-19 positivo, Malattia Grave. L'adesione a questa Assicurazione contro i Danni è subordinata all'adesione alla collegata Assicurazione Vita in forma collettiva, proposta da CreditRas Vita S.p.A., che copre l'Assicurato dal rischio di decesso.



Che cosa è assicurato?

- ✓ L'Invalidità Permanente Totale, di grado pari o superiore al 60%, derivante da Infortunio o Malattia 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 derivante da Infortunio o Malattia, la garanzia prevede 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.
- ✓ Il Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato derivante da Infortunio o Malattia, la copertura garantisce il pagamento di un Indennizzo pari alla rata mensile del Finanziamento qualora durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia. E' altresì garantito il caso di decorso obbligatorio del periodo di isolamento o di quarantena presso il domicilio per COVID 19 con esito positivo al tampone molecolare o PCR Real Time documentato da certificazione medica qualora gli enti preposti non ritengano opportuno il Ricovero Ospedaliero.
- ✓ La Malattia Grave, la garanzia prevede il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Malattia Grave.



Per i soli Finanziamenti del tipo Credit Express Dynamic, aventi durata del Finanziamento non superiore a 85 mesi e importo finanziato non superiore a € 38.000,00, l'Assicurato ha facoltà di esercitare alcune opzioni, salto rata, ricarica con adeguamento copertura, cambio rata, che possono essere recepite anche a livello di coperture assicurative.

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



Che cosa non è assicurato

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

- ✗ **alla data di adesione alla polizza non siano Lavoratori Autonomi;**
- ✗ **alla data di erogazione del Finanziamento siano di età inferiore a diciotto anni;**
- ✗ **alla data di scadenza del Finanziamento risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;**
- ✗ **abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di durata superiore a centoventi mesi;**
- ✗ **non siano residenti in Italia;**
- ✗ **a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa, siano state ritenute non assicurabili.**



Ci sono limiti di copertura?

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



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

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

Comunicare tempestivamente all'Impresa di Assicurazione la variazione dello stato lavorativo, a tal fine si precisa che lo stato di disoccupazione non rappresenta variazione dello stato lavorativo.

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



Quando e come devo pagare?

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



Quali sono i miei doveri?

In sede di sottoscrizione del contratto, devono essere rese dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicati, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato, onde evitare la possibile perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione dell'Assicurazione.

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

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

- **recesso per ripensamento o recesso dell'Assicurato in relazione alla durata poliennale della polizza, estinzione totale anticipata del Finanziamento, variazione dello status lavorativo dell'Assicurato;**
- **liquidazione degli Indennizzi per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% derivante da Infortunio o Malattia, per Malattia Grave o per decesso dell'Assicurato.**



Come posso disdire la polizza?

Il solo Assicurato può recedere dall'Assicurazione **entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione** stessa. Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, **con un preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità**. In entrambi i casi, l'Assicurato dovrà esercitare il recesso tramite la compilazione dell'apposito modulo presso la sua filiale UniCredit di riferimento, da sottoscrivere con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione oppure tramite comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Assicurazione Creditor Protection

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

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

Prodotto "Creditor Protection Prestiti Personali per Lavoratori Autonomi"

Data di realizzazione: 31/03/2021 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'Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

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

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

CreditRas Vita S.p.A. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da **Allianz S.p.A.** e **UniCredit S.p.A.**. **CreditRas Vita S.p.A.**, pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2019 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto della Società, pari a 613,5 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 369,5 milioni di euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), di sponibile sul sito internet della <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 579.591;
 - del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 260.816;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 1.180.750;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 1.180.750;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 204%.

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 2019 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti:

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 114,8 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 47,2 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 83.423
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 28.270
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 173.933
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 173.933
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società pari al 208%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Polizza Vita

Fermo il limite massimo di euro 120.000,00 (centoventimila), la somma assicurata per la prestazione decesso è variabile nel tempo e corrisponde inizialmente all'importo del Finanziamento sottoscritto dall'Assicurato. Successivamente la somma assicurata decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento erogato.

Polizza contro i Danni

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

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

- a) asfissia di origine non morbosa;
- b) avvelenamenti acuti 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.

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 Malattie Gravi intese come segue:

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

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

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 assicurabile per singolo Assicurato è pari a € 120.000,00 (centoventimila).

Qualora sussistano in capo all'Assicurato medesimo più adesioni alla presente Polizza Collettiva o alle sue precedenti edizioni, l'Importo massimo complessivo riconosciuto all'Assicurato non potrà essere superiore a € 150.000,00 (centocinquantamila).

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con l'indennizzo per le garanzie "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%" o "Malattia Grave" prestate dalla collegata Polizza Collettiva **contro i Danni**.

È escluso dall'Assicurazione il decesso causato da:

- a) suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) dolo dei Beneficiari;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- 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) 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;
- g) 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.

- h) 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 60% derivante da Infortunio o Malattia

Per la garanzia Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 60% derivante da infortunio o Malattia, la somma massima assicurabile per singolo Assicurato è pari a € 120.000,00 (centoventimila).

Qualora sussistano in capo all'Assicurato medesimo più adesioni alla presente Polizza Collettiva o alle sue precedenti edizioni, l'Indennizzo massimo complessivo riconosciuto all'Assicurato non potrà essere superiore a € 150.000,00 (centocinquantamila).

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con l'indennizzo per la garanzia "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 60% causati o derivanti da:

- a) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- c) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- h) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- i) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- j) 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.);
- k) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- l) 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;
- m) malattie Tropicali.

Garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

La garanzia **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**, prevede per ciascun Assicurato l'indennizzo di un numero massimo di 48 (quarantotto) rate mensili del finanziamento per tutta la durata dell'Assicurazione con i seguenti limiti:

- un massimo 12 (dodici) rate consecutive indennizzabili per ciascun sinistro;
- importo massimo indennizzabile per ciascuna rata mensile pari a € 5.000,00 (cinquemila), 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.

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

- a) **Atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;**
- b) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;**
- c) **ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;**
- d) **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;**
- e) **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;**
- f) **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;**
- g) **pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;**
- h) **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;**
- i) **guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;**
- j) **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.);**
- k) **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- l) **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;**
- m) **depressione grave in trattamento farmacologico continuo;**
- n) **malattie tropicali;**
- o) **mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;**
- p) **Infortunio e Malattia verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro.**

Per la garanzia **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** è previsto un periodo di **Franchigia di 60 (sessanta) giorni**, pertanto se il sinistro ha durata inferiore al periodo di franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun indennizzo.

Garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

La garanzia Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia, prevede per ciascun Assicurato l'indennizzo di un numero massimo di 48 (quarantotto) rate mensili del Finanziamento per tutta la durata dell'Assicurazione con i seguenti limiti:

- un massimo 12 (dodici) rate consecutive indennizzabili per ciascun sinistro;
- importo massimo indennizzabile per ciascuna rata mensile pari a € 5.000,00 (cinquemila), 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.

Viene altresì garantito il caso di decorso obbligatorio del periodo di isolamento o di quarantena presso il domicilio per COVID 19 con esito positivo al tampone molecolare o PCR Real Time documentato da certificazione medica qualora gli enti preposti non ritengano opportuno il Ricovero Ospedaliero.

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

- a) **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;**
- b) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;**
- c) **ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;**
- d) **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;

- e) 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;
- f) 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;
- g) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- h) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- i) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
- j) 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.);
- k) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- l) 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;
- m) malattie Tropicali.
- n) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici.

Per la garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia è previsto un periodo di Franchigia di 7 (sette) giorni, pertanto se il sinistro ha durata inferiore al periodo di franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun indennizzo. Nei soli casi di Ricovero Ospedaliero derivante da COVID 19 e/o di decorso obbligatorio del periodo di isolamento o quarantena presso il domicilio per COVID 19 come sopra disciplinato, non è previsto alcun periodo di franchigia.

Garanzia Malattia Grave

Per la garanzia **Malattia Grave** la somma massima assicurabile per singolo Assicurato è pari a € 120.000,00 (centoventimila).

Qualora sussistano in capo all'Assicurato medesimo più adesioni alla presente Polizza Collettiva o alle sue precedenti edizioni, l'Indennizzo massimo complessivo riconosciuto all'Assicurato non potrà essere superiore a € 150.000,00 (centocinquantomila).

L'Indennizzo per Malattia Grave non può cumularsi con quello per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o malattia di grado pari o superiore al 60% 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) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- e) mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
- f) Malattie tropicali;
- g) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


Cosa Fare in caso di Sinistro

Denuncia di sinistro Polizza Vita

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

- 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 di nanzi all'Autorità Comunale, Notaio o presso il Tribunale. Su tale atto dovrà essere indicato se il Contraente/Assicurato stesso ha lasciato o meno testamento.
- In caso di esistenza di testamento dovrà esserne inviata anche copia autenticata (o il relativo verbale di pubblicazione) e l'atto dovrà riportarne gli estremi identificativi, precisando altresì che detto testamento è l'unico da ritenersi valido e non impugnato e indicando quali sono gli unici eredi testamentari, loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.
 - Qualora non esista testamento, l'atto dovrà indicare quali sono gli unici eredi legittimi (compresi eventuali rinunciari), loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.
- 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 della Società 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 del Contraente/Assicurato. Tale relazione potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dalla Società sul sito internet www.creditrasvita.it nella sezione "Modulistica e Procedure". Il modulo per la redazione della relazione sanitaria è disponibile anche presso la Filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto. 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.
- La Società, 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.**
- La Società 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 dal Contraente/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.
- La denuncia può essere fatta anche utilizzando il Modulo predisposto dall'Impresa contenente l'elenco dei documenti da trasmettere all'Impresa per la definizione del sinistro.
- Il Modulo di Denuncia è disponibile presso la filiale di riferimento della Banca Contraente o richiedibile all'Impresa telefonando al numero telefonico 02.7216.7700.
- In presenza di particolari esigenze istruttorie l'Impresa si riserva inoltre la facoltà di richiedere ulteriore documentazione inerente il sinistro denunciato dall'Assicurato.
- Per sinistri accaduti fuori dai confini dell'Italia, la documentazione sanitaria prodotta deve essere certificata da un medico italiano.**

	<p>Prescrizione Polizza Vita Ai sensi dell'art. 2952 codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Si richiama l'attenzione del contraente sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta di liquidazione entro detti termini, anche avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni (obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie).</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 ha l'obbligo di provvedere al pagamento della Prestazione assicurata, qualora indennizzabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta dall'Impresa per la definizione del Sinistro.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione della Polizza contro i Danni L'Impresa ha l'obbligo di provvedere al pagamento della Prestazione assicurata, qualora indennizzabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta dall'Impresa 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>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>In sede di sottoscrizione del contratto l'Assicurato deve 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. L'Assicurato è tenuto a fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in quanto dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione Assicurata o la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Polizza Vita e Polizza contro i Danni Il Premio, finanziato dalla Banca, è unico e anticipato per l'intera durata della copertura assicurativa ed è pagato per il tramite della Banca che tratterà il Premio direttamente dall'Importo Finanziato. Il Premio addebitato è comprensivo delle imposte di legge se previste e dell'importo che trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>Polizza Vita Il rimborso del Premio, Finanziato dalla Banca, è previsto per i seguenti casi: a) Recesso per ripensamento esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione. L'Assicurato avrà diritto al rimborso dell'intero Premio pagato. L'importo rimborsabile sarà utilizzato dalla Banca per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Finanziamento. b) Estinzione del Finanziamento per: ▪ Estinzione anticipata del Finanziamento rispetto la Data di scadenza;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estinzione parziale del Finanziamento. <p>L'Assicurato avrà diritto a ottenere il rimborso totale o parziale della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto. Il rimborso sarà riconosciuto all' Assicurato per il tramite delle Banca, mediante accredito sul conto corrente dell'Impresa stessa.</p> <p>Polizza contro i Danni Il rimborso del Premio, Finanziato dalla Banca, è previsto per i seguenti casi:</p> <p>a) Recesso per ripensamento esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione.</p> <p>L'Assicurato avrà diritto al rimborso dell'intero Premio pagato (comprensivo dell'imposta). L'importo rimborsabile sarà utilizzato dalla Banca per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Finanziamento.</p> <p>b) recesso dell'Assicurato in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione;</p> <p>L'Assicurato avrà diritto a ottenere il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto dell'imposta. L'importo rimborsabile sarà utilizzato dalla Banca per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Finanziamento.</p> <p>c) Estinzione del Finanziamento per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estinzione anticipata del Finanziamento rispetto la Data di scadenza; ▪ variazione dello status Lavorativo; ▪ Estinzione parziale del Finanziamento. <p>L'Assicurato avrà diritto a ottenere il rimborso totale o parziale della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto dell'imposta. Il rimborso sarà riconosciuto all' Assicurato per il tramite delle Banca, mediante accredito sul conto corrente dell'Impresa stessa.</p>
Sconti	Polizza Vita e Polizza contro i Danni: Non sono applicati sconti nemmeno in ragione della durata poliennale delle polizze.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Polizza Vita Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita</p> <p>Polizza contro i Danni La decorrenza delle coperture assicurative coincide con la data di erogazione del finanziamento sottoscritto dall' Assicurato. Tuttavia per la seguente garanzia l'efficacia della copertura assicurativa decorre dallo scadere del seguente periodo di carenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 30 (trenta) giorni dalla data di decorrenza per la garanzia MALATTIA GRAVE; <p>Pertanto nessun sinistro relativo alla suddetta garanzia accaduto prima dello scadere dei suddetti termine sarà indennizzabile.</p> <p>La scadenza delle coperture assicurative coincide con la data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dall' Assicurato. Alla scadenza delle coperture assicurative non è prevista la facoltà di rinnovo.</p>
Sospensione	Polizza Vita e Polizza contro i Danni: Non è prevista la facoltà in capo all' Assicurato di sospendere l'Assicurazione.



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

Revoca	Polizza Vita e Polizza 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' Assicurato il Finanziamento richiesto non è stato ancora erogato dalla Banca.
---------------	--

<p>Recesso</p>	<p>Polizza Vita e Polizza contro i Danni: L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione per ripensamento entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Fermi i suddetti termini, il recesso per ripensamento può essere esercitato direttamente presso la sua filiale di riferimento compilando l'apposito modulo di richiesta, da sottoscrivere con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione oppure mediante comunicazione scritta da inviarsi tramite raccomandata con ricevuta di ritorno sempre alla filiale di cui sopra.</p> <p>Il rimborso del Premio pagato comprensivo delle imposte se previste, sarà riconosciuto entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione del recesso per il tramite della Banca Contraente con la riduzione in pari misura del debito dell'Assicurato in relazione al Finanziamento.</p> <p>Polizza contro i Danni È prevista per l'Assicurato 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.</p> <p>Fermi i suddetti termini, il recesso può essere esercitato direttamente presso la sua filiale di riferimento compilando l'apposito modulo di richiesta, da sottoscrivere con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione oppure mediante comunicazione scritta da inviarsi tramite raccomandata con ricevuta di ritorno sempre alla filiale di cui sopra.</p> <p>Il rimborso della quota parte di Premio pagato e non goduto al netto delle imposte, sarà riconosciuto, entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione del recesso per il tramite della Banca Contraente con la riduzione in pari misura del debito dell'Assicurato in 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, pertanto non è prevista per l'Assicurato la facoltà di recedere dalla Polizza Vita prima della sua naturale scadenza.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il Prodotto è destinato a Persone Fisiche a cui sia stato erogato da UniCredit un Finanziamento e che intendano coprirsi in caso di particolari eventi che potrebbero pregiudicare o rendere più difficoltoso il pagamento del debito residuo o delle rate in scadenza. **L'adesione al prodotto assicurativo offerto contestualmente all'erogazione del Finanziamento è facoltativa e non condiziona in alcun modo l'erogazione del Finanziamento stesso.**

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



Quali costi devo sostenere?

Polizza Vita

I costi complessivi gravanti sulla presente polizza sono pari al 47,90% del Premio di cui:

- 40,00% quale quota parte percepita dall'Intermediario;
- 7,90% quale quota parte percepita dall'Impresa per spese di acquisizione e gestione.

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



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa Assicuratrice	<p>Polizza Vita Eventuali reclami riguardanti il Contratto o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ posta cartacea indirizzata a: CreditRas Vita S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano – ▪ e-mail: reclami@creditrsvita.it ▪ fax: 02 72162735 <p>L'Impresa fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.</p> <p>Polizza contro i Danni Eventuali reclami riguardanti il Contratto o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ posta cartacea indirizzata a: CreditRas Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano – ▪ e-mail: reclami@creditrsvita.it ▪ fax: 02 72162588 <p>L'Impresa fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.</p> <p>Polizza Vita e Polizza contro i Danni I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'Intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire all'Impresa, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante. Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello dell'Impresa in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dall'Impresa e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 (quarantacinque) giorni stabilito dalla vigente normativa. 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>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 www.creditrasvita.it e www.creditrasassicurazioni.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>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione (Obbligatoria)</p>	<p>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).</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa</p>
<p>Altri sistemi di risoluzione delle controversie</p>	<p>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.</p> <p>Risoluzione delle liti transfrontaliere</p> <p>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>

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

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

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, 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 NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



Gruppo Assicurativo Allianz 

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di Assicurazione Vita

N°3477

Creditor Protection Prestiti Personali

UniCredit

ad adesione facoltativa

AVVERTENZA

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

Edizione: 31/03/2021 – Ultimo aggiornamento 31/03/2021

Indice

Glossario	pag. 3 di 10
Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione	pag. 5 di 10
Art.2 – Periodo di Carenza	pag. 5 di 10
Art.3 – Esclusioni	pag. 5 di 10
Art.4 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva	pag. 5 di 10
4.1 Formalità di ammissione alla polizza collettiva	pag. 5 di 10
4.2 Valutazione dello stato di salute	pag. 5 di 10
4.3 Adesione alla Polizza Collettiva	pag. 6 di 10
4.4 Operatività della Polizza Collettiva	pag. 6 di 10
Art.5 – Documentazione da consegnare all'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva	pag. 6 di 10
Art.6 - Persone non assicurabili	pag. 6 di 10
Art.7 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione	pag. 6 di 10
Art.8 - Durata dell'Assicurazione	pag. 6 di 10
Art.9 – Diritto di recesso dell'Assicurato	pag. 6 di 10
Art.10 - Determinazione del Premio	pag. 6 di 10
Art.11 – Prestazione Assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità	pag. 7 di 10
Art.12 – Estinzione anticipata del Finanziamento, estinzione anticipata parziale del Finanziamento	pag. 7 di 10
Art.13 – Salto Rata	pag. 8 di 10
Art.14 – Cambio Rata – Ricarica	pag. 8 di 10
Art.15 – Estensione territoriale	pag. 9 di 10
Art.16 - Obblighi in caso di Sinistro	pag. 9 di 10
Art.17 – Beneficiario - Pagamento della Prestazione Assicurata	pag. 9 di 10
Art.18 - Dichiarazioni inesatte od omissioni	pag. 10 di 10
Art.19 – Altre assicurazioni	pag. 10 di 10
Art.20 - Modifiche dell'Assicurazione	pag. 10 di 10
Art.21 - Rinvio alle norme di legge	pag. 10 di 10

GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3477
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 31-03-2021

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

Assicurato

il soggetto sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione, vale a dire la persona fisica, intestataria o cointestataria di un Finanziamento erogato dal Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva indipendentemente dallo status lavorativo;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Beneficiario

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

Capitale Residuo

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

Nel caso di Finanziamento con Periodo di Preammortamento:

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

Contraente

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

Data di scadenza del Finanziamento

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

Durata del Finanziamento

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

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;

Finanziamento

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato avente per oggetto la concessione all'Assicurato, da parte del Contraente, di un finanziamento di durata non superiore a 120 (centoventi) mesi;

Impresa

CreditRas Vita S.p.A.;

Intermediario

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

Modulo di Adesione

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

Opzioni del Finanziamento

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

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

Periodo di Carenza

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 del giorno di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la garanzia non è operante. Se il sinistro si verifica in tale periodo, l'Impresa 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'Assicurato all'Impresa in relazione all'Assicurazione;

Prestazione Assicurata

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

Questionario Medico

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

Sinistro

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3477
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa
Data ultimo aggiornamento 31-03-2021

Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

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

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

La Prestazione Assicurata non è cumulabile con eventuali indennizzi per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%, o Malattia Grave (ove prevista), corrisposti all'Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva contro i Danni collegata alla presente Polizza Collettiva, stipulata dal Contraente con CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Art.2 – Periodo di Carenza

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.3 - Esclusioni

È escluso dall'Assicurazione il decesso causato da:

- a) suicidio che avvenga nei primi dodici mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) dolo dei Beneficiari;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- 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) 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;
- g) 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;
- h) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fission e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

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

L'Assicurazione di ciascun Assicurato è realizzata mediante sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, di un Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per il Contraente/Impresa). Ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo presso i locali del Distributore UniCredit S.p.A. la documentazione afferente alla Polizza Collettiva, il medesimo Distributore offre alla propria clientela il Servizio di Banca Multicanale nonché il Servizio UniCredit Digital Mail Box, che consentono nei relativi ambienti protetti accessibili via Internet - la sottoscrizione di atti e documenti in formato elettronico ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Digitale rilasciato tramite la Banca dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dalla Banca stessa. Qualora l'Assicurato abbia aderito ad uno dei Servizi di cui sopra, l'Impresa riconosce che la documentazione relativa all'Adesione alla Polizza Collettiva e l'eventuale correlata documentazione nonché l'ulteriore documentazione afferente il rapporto contrattuale, ove la stessa sia resa disponibile in formato elettronico per la sottoscrizione, possano essere sottoscritte - salva eventuale temporanea indisponibilità - nel pertinente ambiente protetto con Firma Digitale, riconoscendo piena efficacia alle stesse in relazione alle dichiarazioni sottoscritte dall'Assicurato a valere sul prodotto assicurativo. La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta la contemporanea adesione da parte dell'Assicurato anche alla collegata Polizza Collettiva contro i Danni riferita allo status lavorativo dell'Assicurato al momento dell'adesione, stipulata dal Contraente con CreditRas Assicurazioni S.p.A.

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

- a) Numero di rapporto del Finanziamento;
- b) Dati anagrafici dell'Assicurato;
- c) Durata del Finanziamento;
- d) Somma assicurata iniziale (deve corrispondere all'importo finanziato relativo al Finanziamento);
- e) Premio unico anticipato;
- f) Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- g) Importo della provvigione percepito dall'Intermediario.

L'Assicurato avrà facoltà di designare specificatamente i Beneficiari della Prestazione Assicurata; in tal caso dovrà risultare compilata e debitamente sottoscritta, anche in formato elettronico ai sensi di quanto sopra previsto, dall'Assicurato medesimo la relativa apposita sezione all'interno del Modulo di Adesione.

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'Assicurando, l'accesso alla copertura assicurativa è subordinato alla compilazione del Questionario Medico atto a valutare lo stato di salute dell'Assicurando.

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

4.2 Valutazione dello stato di salute.

La valutazione dell'assumibilità del rischio avviene mediante la compilazione e sottoscrizione, anche in formato elettronico ai sensi di quanto previsto dall'Art.

4 Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva, da parte dell'Assicurando del Questionario Medico, la cui valutazione da parte dell'Impresa abbia fornito esito positivo.

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

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

4.3 Adesione alla Polizza Collettiva

Completata la valutazione della coerenza delle richieste ed esigenze assicurative nonché la verifica di assumibilità del rischio seguito della valutazione dello stato di salute, l'Assicurando per aderire alla Polizza Collettiva è tenuto a compilare e sottoscrivere in ogni sua parte, anche in formato elettronico ai sensi di quanto previsto dall'Art. 4 Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva, 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'Assicurato e per il Contraente/l'Impresa).

4.4 Operatività della Polizza Collettiva

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

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

In caso contrario valgono le disposizioni dell'art. 18 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

Nel caso in cui l'erogazione del Finanziamento avvenga successivamente al termine sopra indicato, l'Assicurato è tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione di cui sopra, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

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

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

All'Assicurato dovranno essere consegnati, in modalità cartacea ovvero su scelta dell'Assicurato stesso messi a disposizione in modalità elettronica nell'ambiente protetto del Servizio Banca Multicanale o del Servizio UniCredit Digital Mail Box a cui l'Assicurato abbia aderito, i seguenti documenti:

- Modulo di Adesione comprensivo dell'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- Set informativo.

Una copia del Modulo di Adesione medesima, debitamente compilato e sottoscritto, anche in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione, comprensivo dell'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa 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:

- alla data di erogazione del Finanziamento risultino di età inferiore a diciotto anni;
- alla Data di scadenza del Finanziamento risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;
- abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di Durata superiore a centoventi mesi;
- non siano residenti in Italia;
- a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa, siano state ritenute non assicurabili.

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

Il Premio è corrisposto dall'Assicurato all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il Contraente trattiene l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Finanziamento.

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

- l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Modulo di Adesione;
- L'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente dall'Impresa e
- sia stato pagato il relativo Premio.

Art.8 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dall'Assicurato stesso e non potrà comunque avere durata superiore a 120 (centoventi) mesi. Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.9 – "Diritto di recesso dell'Assicurato" e 12 – "Estinzione anticipata 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, dall'ora 24 del giorno in cui verrà liquidato all'Assicurato l'Indennizzo, per decesso, o per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia o di liquidazione dell'Indennizzo per Malattia Grave (ove prevista) derivante dalla Polizza Collettiva contro i Danni collegata alla presente Polizza Collettiva.

Art.9 – Diritto di recesso dell'Assicurato

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

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la sua filiale UniCredit di riferimento, da sottoscrivere con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. L'Impresa provvederà a rimborsare per intero il Premio versato all'Assicurato per il tramite del Contraente, il quale provvederà alla corrispondente riduzione della rata del 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 finito pari a 0,02797%

N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
 Ir importo richiesto del Finanziamento (l'importo finanziato è pari alla somma dell'importo richiesto e dei Premi della presente Polizza Collettiva e della collegata Polizza Collettiva contro i Danni).

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

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

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

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

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

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con eventuali altri indennizzi derivanti dalle garanzie Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60% o per Malattia Grave (ove prevista) ai sensi della Polizza Collettiva contro i Danni collegata alla presente Polizza Collettiva.

Art.12 – Estinzione anticipata del Finanziamento, estinzione anticipata parziale del Finanziamento

Nel caso di estinzione anticipata del Finanziamento rispetto alla Data di scadenza, l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

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

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

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;

CE = Importo del Capitale erogato del Finanziamento;

P0 = Premio unico anticipato;

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

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione).

Esempio

Per un Finanziamento erogato per un Importo richiesto di € 10.000,00 con durata di 60 mesi, in caso di estinzione anticipata totale dopo 40 mesi, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P0 = € 167,82

P1 = P0

Ppu = € 87,43

H = € 80,39

N = 60

K = 40

DR = € 3.899,26

CE = € 10.000,00

R = € 38,16

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

L'Assicurato potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Finanziamento; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente e sottoscritta con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione, contestualmente all'operazione di estinzione anticipata del Finanziamento.

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, l'Assicurazione rimane operativa fino alla scadenza originaria del Finanziamento per il debito residuo, così come ricalcolato a seguito della suddetta estinzione anticipata parziale. L'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di premio imponibile pagato e non goduto per il tramite del Contraente. In alternativa, **l'Assicurato potrà richiedere espressamente all'Impresa, di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento**, come se l'estinzione anticipata parziale non fosse mai avvenuta. **La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente** e sottoscritta con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione, **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 non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata;

DR = Importo del debito residuo prima dell'estinzione anticipata parziale;

CE = Importo del Capitale erogato del Finanziamento;

P0 = Premio unico anticipato;

P1 = Premio unico anticipato riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale, 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 versato dal cliente.

Esempio

Per un Finanziamento erogato per un Importo richiesto di € 10.000 con durata di 60 mesi, in caso di estinzione anticipata parziale dopo 40 mesi, per un Importo versato di € 1.000, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P = € 167,82

P1 = P0

Ppu = € 87,43

H = € 80,39

N = 60

K = 40

Cap_Est = € 1.000,00

DR = € 3.899,26

CE = € 10.000,00

R = € 9,79

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

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

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

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

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

Art.13 – Salto Rata

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

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

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

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

Art.14 – Cambio Rata - Ricarica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$$P_i = (T \times Dr \times Cr) - R$$

dove:

P_i Premio unico anticipato integrativo

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

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

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

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

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

Art.15 – Estensione territoriale

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

Art.16 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di decesso dell'Assicurato, 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 alla Società, 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 stato stipulato il contratto nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. E' possibile acquisire tale modulistica anche contattando l'Impresa al numero telefonico 02.7216.7700 nonché direttamente sul sito internet della Società (www.creditrasvita.it nella sezione "Modulistica e Procedure").

È comunque consentito all'avente diritto di richiedere la liquidazione della prestazione 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. Su tale atto dovrà essere indicato se il Contraente/Assicurato stesso ha lasciato o meno testamento.

- In caso di esistenza di testamento dovrà esserne inviata anche copia autenticata (o il relativo verbale di pubblicazione) e l'atto dovrà riportarne gli estremi identificativi, precisando altresì che detto testamento è l'unico da ritenersi valido e non impugnato e indicando quali sono gli unici eredi testamentari, loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.

- Qualora non esista testamento, l'atto dovrà indicare quali sono gli unici eredi legittimi (compresi eventuali rinunciari), loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.

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 della Società 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 del Contraente/Assicurato. Tale relazione potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dalla Società sul sito internet www.creditrasvita.it nella sezione "Modulistica e Procedure". Il modulo per la redazione della relazione sanitaria è disponibile anche presso la Filiale del Contraente ove è stato stipulato il contratto. 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.

La Società, 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.

La Società 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 dal Contraente/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.17 – Beneficiario - Pagamento della Prestazione Assicurata

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

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

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

a) dopo che il Beneficiario abbia dichiarato per iscritto all'Impresa l'accettazione del beneficio;

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

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

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

L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'indennizzo che risulti dovuto ai Beneficiari e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'indennizzo.

Art.18 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

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

Art.19 – Altre assicurazioni

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

Art.20 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.21 - Rinvio alle norme di legge

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



Gruppo Assicurativo Allianz 

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni

N° 10025345

Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa per Lavoratori Autonomi

AVVERTENZA

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

Edizione: 31/03/2021 – Ultimo aggiornamento: 31/03/2021

Indice

Glossario

Art.1 – Sezioni di Polizza	pag.3 di 19
Art.2 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva	pag.5 di 19
Art.2.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva	pag. 5 di 19
Art.2.2 Valutazione dello stato di salute	pag. 5 di 19
Art.2.4 Operatività della Polizza Collettiva	pag. 5 di 19
Art.2.3 Adesione alla Polizza Collettiva	pag. 5 di 19
Art.3 - Variazione dello status lavorativo – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva	pag.6 di 19
Art.4 – Documentazione da consegnare all'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva	pag. 6 di 19
Art.5 - Persone non assicurabili	pag. 6 di 19
Art.6 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione	pag. 6 di 19
Art.7 - Durata dell'Assicurazione	pag. 7 di 19
Art.8 – Diritto di recesso dell'Assicurato	pag. 7 di 19
Art.9 - Determinazione del Premio	pag. 7 di 19
Art.10 – Estinzione anticipata del Finanziamento – Recesso dell'Assicurato – Estinzione anticipata parziale del Finanziamento	pag.8 di 19
Art.11 – Salto Rata	pag.9 di 19
Art.12 – Cambio Rata – Ricarica	pag. 9 di 19
Art.13 - Procedura per la valutazione del danno	pag. 10 di 19
Art.14 – Pagamento dell'indennizzo – Beneficiari	pag. 10 di 19
Art.15 - Dichiarazioni inesatte od omissioni	pag. 10 di 19
Art.16 - Altre assicurazioni	pag. 10 di 19
Art.17 - Modifiche dell'Assicurazione	pag. 10 di 19
Art.18 - Rinvio alle norme di legge	pag. 10 di 19
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE I	
INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 60%	pag. 11 di 19
Art.19 - Oggetto dell'Assicurazione	pag. 11 di 19
Art.20 – Periodo di Carenza	pag. 11 di 19
Art.21 – Esclusioni	pag. 11 di 19
Art.22 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità	pag. 11 di 19
Art.23 – Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 60%	pag. 11 di 19
Art.24 - Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60%	pag. 12 di 19
Art.25 – Precedenti Indennizzi	pag. 12 di 19
Art.26 – Estensione territoriale	pag. 12 di 19
Art.27 - Obblighi in caso di Sinistro	pag. 12 di 19
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE II	
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	pag. 13 di 19
Art.28 – Oggetto dell'Assicurazione	pag. 13 di 19
Art.29 – Periodo di Carenza	pag. 13 di 19
Art.30 – Esclusioni	pag. 13 di 19
Art.31 – Estensione territoriale	pag. 13 di 19
Art.32 - Obblighi in caso di Sinistro	pag. 13 di 19
Art.33 – Denunce Successive	pag. 14 di 19
Art.34 – Periodo di Franchigia	pag. 14 di 19
Art.35 – Determinazione dell'Indennizzo	pag. 14 di 19
Art.36 – Limiti di Indennizzo	pag. 14 di 19
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE III	
RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA	pag. 14 di 19
Art.37 – Oggetto dell'Assicurazione	pag. 14 di 19
Art.38 – Periodo di Carenza	pag. 14 di 19
Art.39 - Esclusioni	pag. 14 di 19
Art.40 – Estensione territoriale	pag. 15 di 19
Art.41 - Obblighi in caso di Sinistro	pag. 15 di 19
Art.42 – Denunce Successive	pag. 15 di 19
Art.43 – Periodo di Franchigia	pag. 15 di 19
Art.44 – Determinazione dell'Indennizzo	pag. 15 di 19
Art.45 – Limiti di Indennizzo	pag. 15 di 19
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE IV	
MALATTIA GRAVE	pag. 16 di 19
Art.46 – Oggetto dell'Assicurazione	pag. 16 di 19
Art.47 – Periodo di Carenza	pag. 16 di 19
Art.48 – Esclusioni	pag. 16 di 19
Art.49 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità	pag. 16 di 19
Art.50 – Malattia Grave	pag. 16 di 19
Art.51 – Precedenti Indennizzi	pag. 16 di 19
Art.52 – Estensione territoriale	pag. 17 di 19
Art.53 - Obblighi in caso di Sinistro	pag. 17 di 19
TABELLA INAIL	pag. 18 di 19

GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025345
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa per Lavoratori Autonomi
Data ultimo aggiornamento 31-03-2021

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

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, vale a dire la persona fisica, intestataria o cointestataria di un Finanziamento erogato dal Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva e che sia Lavoratore Autonomo;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Capitale Residuo

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

Contraente

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

Data di scadenza del Finanziamento

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

Durata del Finanziamento

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

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;

Finanziamento

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato avente per oggetto la concessione all'Assicurato, da parte del Contraente, di un finanziamento di durata non superiore a 120 (centoventi) mesi;

Impresa

CreditRas Assicurazioni S.p.A.;

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 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 60%;

Istituto di Cura

ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Lavoratore Autonomo

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

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 Clarke, il sarcoma di Kaposi;
- b) **Cardiopatía Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare**, nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronario;
- c) **Infarto Miocardico:** evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
- storia del dolore cardiaco tipico;
 - comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECC;
 - modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) **Ictus cerebrale:** Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;
- e) **Insufficienza renale:** Malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
- f) **Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi:** cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;
- g) **Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente** di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%;

Modulo di Adesione

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

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;

Opzioni del Finanziamento

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

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

Periodo di 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 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 o Ricovero Ospedaliero, 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;

Periodo di Riqualficazione

il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero, liquidabili ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Inabilità Temporanea Totale o per Ricovero Ospedaliero;

Polizza Collettiva

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

Premio

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

Questionario Medico

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

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°10025345
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa per Lavoratori Autonomi
Data ultimo aggiornamento 31-03-2021

Art.1 – Sezioni di Polizza

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti sezioni:

I Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%

II Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

III Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

IV Malattia Grave

Per ciascuna sezione l'oggetto dell'Assicurazione è disciplinato dall'apposito articolo riportato all'interno della sezione medesima. La disciplina di cui agli articoli dal 2 al 18 risulta applicabile indifferentemente a tutte le sezioni sopra indicate.

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

L'Assicurazione di ciascun Assicurato è realizzata mediante sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, di un Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per il Contraente/Impresa). Ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo presso i locali del Distributore UniCredit S.p.A. la documentazione afferente alla Polizza Collettiva, il medesimo Distributore offre alla propria clientela il Servizio di Banca Multicanale nonché il Servizio UniCredit Digital Mail Box, che consentono nei relativi ambienti protetti accessibili via Internet - la sottoscrizione di atti e documenti in formato elettronico ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Digitale rilasciato tramite la Banca dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dalla Banca stessa. Qualora l'Assicurato abbia aderito ad uno dei Servizi di cui sopra, l'Impresa riconosce che la documentazione relativa all'Adesione alla Polizza Collettiva e l'eventuale correlata documentazione nonché l'ulteriore documentazione afferente il rapporto contrattuale, ove la stessa sia resa disponibile in formato elettronico per la sottoscrizione, possano essere sottoscritte – salva eventuale temporanea indisponibilità - nel pertinente ambiente protetto con Firma Digitale, riconoscendo piena efficacia alle stesse in relazione alle dichiarazioni sottoscritte dall'Assicurato a valere sul prodotto assicurativo.

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'Assicurando, l'accesso alla copertura assicurativa è subordinato alla compilazione del Questionario Medico atto a valutare lo stato di salute dell'Assicurando.

Le informazioni inerenti lo stato di salute fornite all'Impresa dall'Assicurando devono corrispondere a verità ed esattezza, in caso contrario valgono le disposizioni previste dall'**art. 15 "Dichiarazioni inesatte od omissioni"**.

2.2 Valutazione dello stato di salute.

La valutazione dello stato di salute ai fini dell'assumibilità del rischio avviene mediante la compilazione e la sottoscrizione del Questionario Medico, anche in formato elettronico ai sensi di quanto previsto dall'**Art. 2 Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva**, da parte dell'Assicurando. Per accedere alla copertura assicurativa, la valutazione da parte dell'Impresa dello stato di salute dell'assicurando deve aver avuto 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.

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

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, l'Assicurando per aderire alla Polizza Collettiva è tenuto a compilare e a sottoscrivere in ogni sua parte, anche in formato elettronico ai sensi di quanto previsto dall'**Art. 2 Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva**, 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'Assicurato e per il Contraente/Impresa).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta la contemporanea adesione da parte dell'Assicurato anche alla collegata Polizza Collettiva Vita n°3477, 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 rapporto del Finanziamento;
- b) Dati anagrafici dell'Assicurato;
- c) Durata del Finanziamento;
- d) Somma assicurata;
- e) Premio unico anticipato;
- f) Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- g) Importo della provvigione percepito dall'Intermediario.

2.4 Operatività della Polizza Collettiva.

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

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

In caso contrario valgono le disposizioni dell'art. 15 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

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

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

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

L'Assicurato che, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, cambia la propria attività lavorativa perdendo lo status di Lavoratore Autonomo **deve comunicare tempestivamente tale circostanza al Contraente** (fornendo prova documentale dell'avvenuto cambio dello status occupazionale) e richiedendo la cessazione dell'Assicurazione: in tal caso, tutte le garanzie della Polizza Collettiva cessano alle ore 24:00 della data di comunicazione del cambio di attività lavorativa, e l'Impresa rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, la quota parte di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di legge. Il calcolo dell'importo da rimborsare all'Assicurato sarà effettuato utilizzando la formula di cui al successivo **Art. 10 Estinzione anticipata del Finanziamento – Recesso dell'Assicurato – Estinzione anticipata parziale.** L'Impresa provvederà al rimborso della quota parte di Premio pagato e non goduto all'Assicurato per il tramite del Contraente, il quale provvederà alla corrispondente riduzione della rata del Finanziamento. La comunicazione di cambiamento di attività lavorativa deve essere effettuata compilando l'apposito modulo (allegando idonea documentazione comprovante la perdita dello status di Lavoratore Autonomo) presso la sua filiale UniCredit di riferimento, da sottoscrivere con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione a mezzo di lettera raccomandata A.R. alla filiale medesima. Il Contraente ne darà immediata comunicazione all'Impresa.

Resta inteso che qualora l'Assicurato non comunicasse il cambiamento di attività lavorativa durante il periodo di validità dell'Assicurazione, le garanzie "Inabilità Temporanea Totale" e "Malattia Grave" non saranno comunque più operanti, salvo che l'Assicurato riacquisti lo status di Lavoratore Autonomo.

Inoltre, con riferimento alle garanzie "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%" e "Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o da Malattia", il cambiamento di attività lavorativa dell'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, non pregiudica in caso di Sinistro, il diritto al pagamento dell'Indennizzo (salvo che l'Assicurato abbia richiesto la cessazione dell'Assicurazione).

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

All'Assicurato dovranno essere consegnati, in modalità cartacea ovvero su scelta dell'Assicurato stesso messi a disposizione in modalità elettronica nell'ambiente protetto del Servizio Banca Multicanale o del Servizio UniCredit Digital Mail Box a cui l'Assicurato abbia aderito, 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 medesima, debitamente compilato e sottoscritto, anche in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione, **comprensivo dell'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza, dovrà rimanere in possesso del Contraente** che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa qualora quest'ultima ne faccia richiesta.

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

Art.5 - Persone non assicurabili

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

- a) **alla data di adesione alla polizza non siano Lavoratori Autonomi;**
- b) **alla data di erogazione del Finanziamento risultino di età inferiore a diciotto anni;**
- c) **alla Data di scadenza del Finanziamento risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;**
- d) **abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di Durata superiore a centoventi mesi;**
- e) **non siano residenti in Italia;**
- f) **a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa, siano state ritenute non assicurabili.**

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

Il Premio è corrisposto dall'Assicurato all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il Contraente trattiene l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Finanziamento.

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

- a) **l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Modulo di Adesione;**
- b) **L'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questi sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente dall'Impresa e**
- c) **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 60%" e "Malattia Grave". Le garanzie "Inabilità Temporanea Totale" e "Ricovero Ospedaliero" non saranno operanti ma per tali garanzie decorreranno comunque i relativi Periodi di Carenza.

Art.7 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dall'Assicurato stesso e non potrà comunque avere durata superiore a 120 (centoventi) mesi. Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.8 – "Diritto di recesso dell'Assicurato" e 10 – "Estinzione anticipata del Finanziamento – Recesso dell'Assicurato – 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 da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%, o di liquidazione dell'Indennizzo per Malattia Grave, oppure in caso di decesso dell'Assicurato.

Art.8 – Diritto di recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il recesso dovrà essere effettuato **compilando l'apposito modulo presso la sua filiale UniCredit di riferimento**, da sottoscrivere con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione **oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno**. L'Impresa provvederà a rimborsare per intero il Premio versato all'Assicurato per il tramite del Contraente, il quale provvederà alla corrispondente riduzione della rata del Finanziamento.

Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, con **preavviso di 60 (sessanta) giorni** rispetto alla scadenza della singola annualità. Il recesso dovrà essere **effettuato compilando l'apposito modulo presso la sua filiale UniCredit di riferimento**, da sottoscrivere con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione **oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno**. Il Contraente provvederà a darne comunicazione all'Impresa.

L'Impresa provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso all'Assicurato della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto, secondo quanto disposto dal successivo art.10 - Estinzione anticipata del Finanziamento – Recesso dell'Assicurato – Estinzione anticipata parziale del Finanziamento. L'Impresa provvederà al rimborso del Premio, pagato e non goduto, all'Assicurato per il tramite del Contraente mediante la corrispondente riduzione della rata del Finanziamento.

Resta inteso che, anche in caso di esercizio del diritto di recesso annuale da parte dell'Assicurato, previsto dal presente articolo, la collegata Polizza Collettiva Vita n°3477, resterà in vigore.

Art.9 - Determinazione del Premio

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

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

dove:

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

T tasso mensile finito pari a 0,08239%

N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

I_r importo richiesto del Finanziamento (l'importo finanziato è pari alla somma dell'importo richiesto e dei Premi della presente Polizza Collettiva e della collegata Polizza Collettiva Vita n°3477).

Art.10 – Estinzione anticipata del Finanziamento – Recesso dell'Assicurato – Estinzione anticipata parziale del Finanziamento

Nel caso di:

- estinzione anticipata del Finanziamento rispetto alla Data di scadenza;
- recesso dell'Assicurato in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione ai sensi del precedente art.8;
- variazione dello status lavorativo;

l'Assicurazione cesserà a decorrere:

- dalla data di estinzione anticipata 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. 8;
- dalla data di variazione dello status lavorativo comunicata dall'Assicurato.

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

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

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

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;

CE = Importo del Capitale erogato del Finanziamento;

P0 = Premio unico anticipato imponibile;

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

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione).

Esempio

Per un Finanziamento erogato per un Importo richiesto di € 10.000,00 con durata di 60 mesi, in caso di estinzione anticipata totale dopo 40 mesi, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P0 = € 482,26
P1 = P0
Ppu = € 231,15
H = € 251,11
N = 60
K = 40
DR = € 3.899,26
CE = € 10.000,00
R = € 113,75

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

L'Assicurato potrà, relativamente al caso di estinzione anticipata, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Finanziamento; **la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente** e sottoscritta con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione, **contestualmente all'operazione di estinzione anticipata del Finanziamento.**

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, l'Assicurazione rimane operativa fino alla scadenza originaria del Finanziamento per il debito residuo e rata mensile del Finanziamento, così come ricalcolati a seguito della suddetta estinzione anticipata parziale. L'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di premio imponibile pagato e non goduto per il tramite del Contraente. In alternativa, l'Assicurato potrà richiedere espressamente all'Impresa, di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento, come se l'estinzione anticipata parziale non fosse mai avvenuta. **La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente** e sottoscritta con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione, **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 non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata;
DR = Importo del debito residuo prima dell'estinzione anticipata parziale;
CE = Importo del Capitale erogato del Finanziamento;
P0 = Premio unico anticipato imponibile;
P1 = Premio unico anticipato imponibile riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale, 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 versato dal cliente.

Esempio

Per un Finanziamento erogato per un Importo richiesto di € 10.000 con durata di 60 mesi, in caso di estinzione anticipata parziale dopo 40 mesi, per un Importo versato di € 1.000, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P0 = € 482,26
P1 = P0
Ppu = € 231,15
H = € 251,11
N = 60
K = 40
Cap_Est = € 1.000,00
DR = € 3.899,26
CE = € 10.000,00
R = € 29,17

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

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

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

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

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

Art.11 – Salto Rata

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

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

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

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

Art.12 – Cambio Rata - Ricarica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$$Pi = (T \times Dr \times Cr) - R$$

dove:

Pi Premio unico anticipato integrativo finito, inclusivo di imposte

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

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

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

R rateo di Premio non goduto per l'Assicurazione esistente calcolato come previsto all'art.10 – "Estinzione anticipata del Finanziamento – Recesso dell'Assicurato- Estinzione anticipata parziale del Finanziamento".

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

Art.13 – Procedura per la valutazione del danno

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art.14 – Pagamento dell'indennizzo - Beneficiari

L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa comunica 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 abbia potuto effettuare gli accertamenti necessari, gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione richiesta agli articoli "Obblighi in caso di Sinistro" di cui alle successive Sezioni, **il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi**. Una volta acquisita la documentazione sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione del danno in base alla documentazione disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro. Nel caso l'indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi previa produzione della **dichiarazione di successione**, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'indennizzo spettante per la prestazione invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto;
- b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione del **certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione**, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'indennizzo spettante e, l'importo quantificato offerto.

Art.15 - 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.16 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che le coperture assicurative prestate dall'Impresa con la presente Polizza Collettiva possono cumularsi con quelle di altre polizze assicurative a favore dell'Assicurato.

Art.17 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.18 - Rinvio alle norme di legge

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

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

Art.19 - Oggetto dell'Assicurazione

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

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

Sono considerati Infortunio anche:

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

Art.20 – Periodo di Carenza

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.21 - Esclusioni

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

- a) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;

- c) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- h) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- i) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi;
- j) 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.);
- k) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- l) 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;
- m) malattie tropicali.

Art.22 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità

La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento risultante alla data del sinistro.

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

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

L'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% non può cumularsi con quello per Malattia Grave e con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3477.

Art.23 – Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 60%

Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% dell'Assicurato e questa si verifichi – **anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto**, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento risultante alla data di accadimento dell'Infortunio medesimo. In caso di attivazione dell'Opzione Ricarica senza adeguamento dei termini dell'Assicurazione, come disciplinato all'art.12 – “Cambio Rata – Ricarica”, lettera b), il Capitale Residuo del Finanziamento sarà quello relativo al piano di ammortamento finanziario del Finanziamento in essere prima dell'attivazione dell'Opzione.

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

Qualora la Malattia abbia per conseguenza diretta l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% dell'Assicurato, l'Impresa 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 Totale di grado pari o superiore al 60% presentata agli Enti abilitati. In caso di attivazione dell'Opzione Ricarica senza adeguamento dei termini dell'Assicurazione, come disciplinato all'art.12 – "Cambio Rata – Ricarica", lettera b), il Capitale Residuo del Finanziamento sarà quello relativo al piano di ammortamento finanziario del Finanziamento in essere prima dell'attivazione dell'Opzione.

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 da 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.25 – 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, l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale sarà calcolato detrando l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all'Assicurato a titolo delle garanzie di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero di cui alle Sezioni II e IV della presente Polizza Collettiva.

Art.26 – Estensione territoriale

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

Art.27 - Obblighi in caso di Sinistro

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

- farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro o da quando ne ha avuto conoscenza, tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa.** Si segnala che presso la sua filiale UniCredit di riferimento, nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. È possibile acquisire idonea modulistica anche contattando l'Impresa al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo**, ai sensi dell'art. 1915 del codice civile;
- fornire **fotocopia di un valido documento di identità** dell'Assicurato;
- fornire **copia del piano di ammortamento finanziario** del Finanziamento in essere al momento del Sinistro;
- fornire **certificazione dell'Invalidità Permanente** e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale;
- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i **certificati medici attestanti il decorso delle lesioni**. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi **agli accertamenti e controlli medici** richiesti dall'Impresa;
 - fornire all'Impresa **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 beneficiari designati devono darne immediato avviso all'Impresa e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

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

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

Art.28 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa, **ferme restando le esclusioni** previste al successivo articolo 30 – **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.29 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia è previsto un Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora la Malattia insorga o venga diagnosticata entro trenta giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.30 - Esclusioni

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

- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;**

- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- c) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- h) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- i) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi;
- j) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine a coelatrici, raggi X, ecc.);
- k) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- l) 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;
- m) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
- n) Malattie tropicali;
- o) mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
- p) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro.

Art.31 – Estensione territoriale

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

Art.32 - 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 nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa.** Si segnala che presso la sua filiale UniCredit di riferimento, nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. È possibile acquisire idonea modulistica anche contattando l'Impresa al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire;
- b) fornire **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 **attestato** che certifichi, al momento del Sinistro, la condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA)
- e) 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:

- f) sottoporsi agli **accertamenti e controlli medici** richiesti dall'Impresa;
- g) fornire all'Impresa **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 34 – Periodo di Franchigia**, per ciascun periodo di successivi trenta giorni consecutivi di durata del Sinistro **deve compilare ed inviare all'Impresa**, allo stesso recapito indicato alla lettera a), il **modulo di continuazione del Sinistro**; tale modulo è disponibile come indicato alla lettera a) e deve essere inviato all'Impresa **entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro**.

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

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

Art.33 – Denunce Successive

Qualora l'Assicurato, entro 90 (novanta) giorni dalla ripresa della propria Normale Attività Lavorativa **su ccessivamente 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.34 – Periodo di Franchigia

È previsto un Periodo di Franchigia di 60 (sessanta) giorni.

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

Art.35 – Determinazione dell'Indennizzo

Qualora l'Inabilità Temporanea Totale perduri oltre il Periodo di Franchigia, alla scadenza di tale Periodo di Franchigia l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Finanziamento, originario o ridefinito a seguito dell'utilizzo delle Opzioni, in essere al momento del Sinistro. Un ulteriore Indennizzo, di importo pari al precedente, sarà corrisposto per ciascun successivo periodo di trenta giorni consecutivi di durata del Sinistro.

In caso di attivazione dell'Opzione Ricarica senza adeguamento dei termini dell'Assicurazione, come disciplinato all'art.12 – "Cambio Rata – Ricarica", lettera b), l'importo della rata del Finanziamento sarà quello relativo al piano di ammortamento finanziario del Finanziamento in essere prima dell'attivazione dell'Opzione.

In caso di continuazione di un Sinistro successivamente all'attivazione dell'Opzione Cambio Rata o Ricarica, ai fini del calcolo dell'Indennizzo si terrà conto esclusivamente del piano di ammortamento finanziario del Finanziamento precedente l'attivazione dell'Opzione.

Art.36 – 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 quarantotto rate per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.

L'Indennizzo non potrà comunque superare l'importo di € 5.000,00 per ciascuna rata mensile; tale limite sarà da intendersi anche come limite complessivo 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.

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 RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA

Art.37 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa ferme restando le esclusioni previste al successivo **articolo 39 – 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. Viene altresì garantito il caso di decorso obbligatorio secondo le disposizioni sanitarie tempo per tempo vigenti del periodo di isolamento o di quarantena presso il domicilio per COVID 19 con esito positivo al tampone molecolare o PCR Real Time documentato da certificazione medica qualora gli Enti preposti non ritengano necessario o possibile il Ricovero Ospedaliero. La garanzia sarà operativa fino ad avvenuta negativizzazione del tampone molecolare o PCR Real Time.

Art.38 – Periodo di Carenza

La garanzia è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.39 - Esclusioni

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

- a) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- c) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- h) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- i) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi;
- j) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione e nucleare, isotopi radioattivi, macchine a acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- l) 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;
- m) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
- n) Malattie tropicali;
- o) mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici.

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 nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro tra miterichiesta scritta direttamente all'Impresa.** Si segnala che presso la sua filiale UniCredit di riferimento, nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. È possibile acquisire idonea modulistica anche contattando l'Impresa al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. **L'inadempimento 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** del Finanziamento in essere al momento del Sinistro;
- d) fornire **attestato** che certifichi, al momento del Sinistro, la condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA)
- e) 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);
- f) fornire **certificazione medica** attestante la positività al tampone molecolare o PCR Real Time COVID 19 e relativo obbligo di quarantena domiciliare, nonché **il relativo tampone negativo che certifichi la chiusura della quarantena.**

L'Assicurato deve altresì:

- g) sottoporsi agli **accertamenti e controlli medici** richiesti dall'Impresa;
- h) fornire all'Impresa **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 43 – Periodo di Franchigia** - per ciascun periodo di successivi 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro **deve compilare ed inviare all'Impresa**, allo stesso recapito indicato alla lettera a), **il modulo di continuazione del Sinistro**; tale modulo è disponibile come indicato alla lettera a) e deve essere inviato all'Impresa **entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro.**

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

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

Art.42 – Denunce Successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Ricovero Ospedaliero nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 (trenta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa.

Art.43 – Periodo di Franchigia

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

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

Nei soli casi di Ricovero Ospedaliero derivante da COVID 19 e/o di decorso obbligatorio del periodo di isolamento o quarantena presso il domicilio per COVID 19 come sopra disciplinato, non è previsto alcun periodo di franchigia.

Art.44 – Determinazione dell'Indennizzo

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia, alla scadenza di tale Periodo di Franchigia l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Finanziamento, originario o ridefinito a seguito dell'utilizzo delle Opzioni, in essere al momento del Sinistro. Un ulteriore Indennizzo, di importo pari al precedente, sarà corrisposto per ciascun successivo periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro.

In caso di attivazione dell'Opzione Ricarica senza adeguamento dei termini dell'Assicurazione, come disciplinato all'art.12 – "Cambio Rata – Ricarica", lettera b), l'importo della rata del Finanziamento sarà quello relativo al piano di ammortamento finanziario del Finanziamento in essere prima dell'attivazione dell'Opzione.

In caso di continuazione di un Sinistro successivamente all'attivazione dell'Opzione Cambio Rata o Ricarica, ai fini del calcolo dell'Indennizzo si terrà conto esclusivamente del piano di ammortamento finanziario del Finanziamento precedente l'attivazione dell'Opzione.

Art.45 – 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 comunque superare l'importo di € 5.000,00 per ciascuna rata mensile; tale limite sarà da intendersi anche come limite complessivo 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.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE IV MALATTIA GRAVE

Art.46 – Oggetto dell'Assicurazione

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

Art.47 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia Grave è previsto un Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora la Malattia Grave insorga o venga diagnosticata entro trenta giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.48 - 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 (fission e e fusion e nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- c) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- d) 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;
- e) mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e dinici;
- f) **Malattie tropicali**;
- g) **interventi chirurgici angioplastici, terapie laser.**

Art.49 – Somma assicurata per singolo Assicurato – Limiti di assicurabilità

La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso quale risulta alla data del sinistro.

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

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

L'Indennizzo per Malattia Grave non può cumularsi con quello per Invalidità Permanente Totale e con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3477.

Art.50 – Malattia Grave

In caso di Malattia Grave che colpisca l'Assicurato, l'Impresa liquiderà all'Assicurato medesimo 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 40% ma inferiore al 60%, risultante alla data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti. In caso di attivazione dell'Opzione Ricarica senza adeguamento dei termini dell'Assicurazione, come disciplinato all'art.12 – "Cambio Rata – Ricarica", lettera b), il Capitale Residuo del Finanziamento sarà quello relativo al piano di ammortamento finanziario del Finanziamento in essere prima dell'attivazione e dell'Opzione.

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

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

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

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

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

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di accadimento della Malattia, intendendosi per tale il momento in cui, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa causare l'Invalidità Permanente dell'Assicurato di grado pari o superiore al 40%.

Art.51 – Precedenti Indennizzi

Nel caso un'unica Malattia abbia causato prima un Sinistro di Inabilità Temporanea Totale o 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'Assicurato a titolo delle garanzie di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero di cui alle Sezioni II e III della presente Polizza Collettiva.

Art.52 – Estensione territoriale

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

Art.53 - 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 nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa.** Si segnala che presso la sua filiale UniCredit di riferimento, nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. È possibile acquisire idonea modulistica anche contattando l'Impresa al numero telefonico 02.7216.7700. Allo stesso recapito potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. **L'inadempimento 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** del Finanziamento in essere al momento del Sinistro;
- d) fornire **attestato** che certifichi, al momento del Sinistro, la condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA)

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

L'Assicurato deve altresì:

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

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

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

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

FAC-SIMILE MODULO DI ADESIONE – LAVORATORI AUTONOMI
Polizze Collettive di Assicurazione Vita n°3477 e contro i Danni n°10025345
Creditor Protection Prestiti Personali UniCredit
ad adesione facoltativa
 Data ultimo aggiornamento 31-03-2021

Dati Finanziamento

N° rapporto _____

Dati Assicurato

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Dati copertura assicurativa

Importo richiesto del Finanziamento € _____

Durata del Finanziamento in mesi _____

Prestazione Assicurata/ Somma assicurata € _____

Garanzie - Prestazioni - Somme assicurate:

- **Decesso** – Prestazione assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento
- **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%** – Somma assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento
- **Malattia Grave** – Somma assicurata: importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento
- **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** - Somma assicurata: importo pari alla Rata/e del Finanziamento
- **Inabilità Temporanea Totale da infortunio o Malattia** - Somma assicurata: importo pari alla Rata/e del Finanziamento

Premio unico anticipato

Polizza Collettiva Vita € _____

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

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Polizza Collettiva Vita € _____

Polizza Collettiva Danni € _____

Provvigione percepita dall'Intermediario

Polizza Vita 40,00% del premio pari a € _____

Polizza Danni 40,00% del premio imponibile pari a € _____

PRENDO ATTO che UniCredit S.p.A. ("Banca") ha stipulato, per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari di un Finanziamento da essa erogato, con CreditRas Vita S.p.A. ("CRV") la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3477 ("Polizza Vita") concernente una copertura assicurativa per il caso di **decesso**, e con CreditRas Assicurazioni S.p.A. ("CRA") la Polizza Collettiva di Assicurazione Danni n°10025345 ("Polizza Danni") concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**.

DICHIARO di essere Lavoratore Autonomo, di essere in possesso di tutti gli altri requisiti di assicurabilità previsti dagli Art. 6 e Art. 5 – **Persone non assicurabili** - delle Condizioni di Assicurazione rispettivamente delle **Polizze Vita e Danni**, e di aderire contestualmente in qualità di Assicurato alle **Polizze Vita e Danni** in quanto le due componenti risultano inscindibili.

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

PRENDO ATTO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto, e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente da CRV e CRA; c) siano stati pagati i relativi Premi e termina alla Data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario, salvi i casi di esercizio dell'"Opzione di Salto Rata" e/o "Opzione di Ricarica" che comportano la ridefinizione del piano di ammortamento del Finanziamento. A seguito dell'eventuale esercizio di una o di entrambe le Opzioni del Finanziamento, la durata dell'Assicurazione si adegua pertanto alla nuova durata del Finanziamento (con le modalità ed alle condizioni previste dagli artt. 11 e 12 delle Condizioni di Assicurazione di cui alla Polizza Danni ed artt.13 e 14 delle Condizioni di Assicurazione di cui alla Polizza Vita).

DÒ MANDATO irrevocabile alla Banca ad effettuare in nome e per conto mio il pagamento dei Premi a favore di CRV e CRA autorizzando a tal fine la Banca a trattenere l'ammontare dei Premi direttamente dall'importo del Finanziamento, con relativo incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

PRENDO ATTO che ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo presso i locali del Distributore UniCredit S.p.A. la documentazione afferente alle **Polizze Vita e Danni**, il medesimo Distributore offre alla propria clientela il Servizio di Banca Multicanale nonché il Servizio UniCredit Digital Mail Box, che consentono nei relativi ambienti protetti accessibili via Internet - la sottoscrizione di atti e documenti in formato elettronico ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Digitale rilasciato tramite la Banca dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dalla Banca stessa.

DICHIARO di essere informato che, qualora abbia aderito ad uno dei Servizi di cui sopra, CRA e CRV riconoscono che la documentazione relativa all'Adesione e alle **Polizze Vita e Danni** e l'eventuale correlata documentazione nonché l'ulteriore documentazione afferente il rapporto contrattuale, ove la stessa sia resa

disponibile in formato elettronico per la sottoscrizione, possano essere sottoscritte – salva eventuale temporanea indisponibilità - nel pertinente ambiente protetto con Firma Digitale, riconoscendo piena efficacia alle stesse in relazione alle dichiarazioni da me sottoscritte con tali modalità a valere sul prodotto assicurativo.

Dichiarazione riferita al solo caso in cui l'adesione alla polizza avvenga previa interlocuzione con l'Assicurato tramite tecniche di comunicazione a distanza:

DICHIARO di aver prestato, preventivamente alla sottoscrizione della presente, il consenso alla formulazione della proposta assicurativa e all'eventuale conclusione del contratto con modalità di comunicazione a distanza ai sensi degli articoli 72 e 82 del regolamento IVASS 40/2018.

Data _____ Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

Firma Assicurato _____

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

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

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO

Ai fini dell'Assicurazione, l'Assicurato **DICHIARA** di aver compilato e sottoscritto, anche eventualmente in formato elettronico ai sensi di quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione, il Questionario Medico preventivamente ricevuto e che la valutazione rilasciata da **CRV** e **CRA** ha fornito esito positivo.

Firma Assicurato _____

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO:

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

DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la sua filiale di riferimento, da sottoscrivere con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Inoltre, relativamente alla sola **Polizza Danni**, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la sua filiale di riferimento, da sottoscrivere con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Firma Assicurato _____

DESIGNAZIONE BENEFICIARI

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

DESIGNAZIONE BENEFICIARIO NOMINATO

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

INDICAZIONE REFERENTE TERZO

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

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

DESIGNAZIONE ALTRO BENEFICIARIO NOMINATO

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

INDICAZIONE REFERENTE TERZO

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

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

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

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

Firma Assicurato _____

DESIGNAZIONE BENEFICIARIO GENERICO

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

INDICAZIONE REFERENTE TERZO

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

Cognome/Ragione sociale*

Nome*

Codice Fiscale/P.IVA

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

Città*

CAP*

Numero di Telefono

E-mail

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

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

Firma Assicurato _____

AVVERTENZA: *campi obbligatori

FACSIMILE

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, i Titolari autonomi acquisiscono 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), come precisato nel presente documento.

1. Titolare del Trattamento e informazioni di contatto

I Titolari autonomi del trattamento dei dati sono CreditRas Vita S.p.A. e CreditRas Assicurazioni S.p.A., entrambi con sede a Milano in P.zza Tre Torri, 3, che definiscono autonomamente 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 a:

- CreditRas Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 02.72164259 e-mail privacy@creditrsvita.it,
- CreditRas Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, Tel.: 800.11.66.33 e e-mail privacy@creditrassicurazioni.it,

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 - 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo mail:

- CreditRas Vita S.p.A.: Dpo.CreditRas.Vita@creditrsvita.it
- CreditRas Assicurazioni S.p.A.: Dpo.CreditRas.Assicurazioni@creditrassicurazioni.it

2. Categorie di dati raccolti

Le Società devono acquisire (o già detengono) 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 strumentali all'esecuzione del rapporto assicurativo. Le categorie di dati che si potranno 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, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc. sono utilizzati da CreditRas Vita S.p.A. e 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 (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. e 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;
- 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 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

La base giuridica dei trattamenti dei dati è rappresentata dal fatto che il trattamento è necessario all'esecuzione di misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione, o dell'avvenuta instaurazione, del rapporto assicurativo, adottate su richiesta dell'Interessato stesso.

In aggiunta, per i dati sensibili, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'Interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali.

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

CreditRas Vita S.p.A. e CreditRas Assicurazioni S.p.A. chiedono, 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 le Società hanno 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. e CreditRas Assicurazioni S.p.A. si vedranno costrette 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. Le Società utilizzano le medesime modalità anche quando comunicano 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. Destinatarî 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 svolgono, per conto di CreditRas Vita S.p.A. e CreditRas Assicurazioni S.p.A., compiti di natura contrattuale, tecnica od organizzativa tali per cui il trattamento dei dati da parte loro risulta 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 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, della catena distributiva, (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 per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza, 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. I dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da CreditRas Vita S.p.A. e 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. Si informa inoltre che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste

in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa anticiclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo. Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati.

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I dati personali degli interessati 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. e CreditRas Vita S.p.A. attueranno 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.
- CreditRas Vita S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 02.72164259 e-mail privacy@creditrasvita.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. e CreditRas Assicurazioni S.p.A. garantiscono 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 Vita S.p.A. e CreditRas Assicurazioni S.p.A. non trasferiranno 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. e 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 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@creditrasvita.it.
- CreditRas Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, Tel.: 800.11.66.33 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 Vita S.p.A. e CreditRas Assicurazioni S.p.A. avranno 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