

# FASCICOLO INFORMATIVO

## Polizza Collettiva di Assicurazione Vita

**N°3454**

**“Creditor Protection Mutui Privati”**

**UniCredit**

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente i seguenti documenti:**

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

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

### **AVVERTENZA**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.**

**Edizione: 02/04/2012 - Ultimo aggiornamento: 02/04/2012**



**CreditRas Vita S.p.A.**  
Sede legale  
Corso Italia, 23 - 20122 Milano  
Telefono +39 02 7216.1  
Fax +39 02 7216.4032  
www.creditrasvita.it

CF e Registro imprese di Milano  
n. 11432610159 P. IVA n. 11931360157  
Capitale sociale deliberato  
euro 130.101.000  
Capitale sociale versato euro 102.000.000  
Iscritta all'Albo imprese  
di assicurazione n. 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.

**NOTA INFORMATIVA**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3454**  
**“Creditor Protection Mutui Privati”**  
**UniCredit**  
Data ultimo aggiornamento 02-04-2012

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

---

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

---

### 1. Informazioni Generali

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

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 359,2 milioni di euro.  
La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 102 milioni di euro.  
La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 254,5 milioni di euro.  
L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 108,69% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.  
I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2010.

---

## B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

---

### 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

L'Assicurazione ha una durata pari a quella del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento.  
Non è previsto il tacito rinnovo.  
Per maggior dettaglio si rinvia all'art.8 – “Durata dell'Assicurazione” delle Condizioni di Assicurazione.

#### **Coperture assicurative offerte**

**Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:**

#### **a) prestazioni in caso di decesso.**

Si rinvia per la disciplina specifica all'art.1 – “Oggetto dell'Assicurazione” delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA** Sono previste limitazioni ed esclusioni dell'Assicurazione, nonché ipotesi di sospensione della stessa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della Prestazione Assicurata. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt.1 – “Oggetto dell'Assicurazione”; 2 – “Periodo di Carenza”; 3 – “Esclusioni”; 6 – “Persone non assicurabili”; 11 – “Prestazione Assicurata per singolo Assicurato – Limiti di assicurabilità”; delle Condizioni di Assicurazione.

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

### 4. Premi

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

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

Il Premio deve essere corrisposto anticipatamente in un'unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione.

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

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

#### Composizione del premio

- Premio puro – 61,00%
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – 39,00%, di cui
  - importo percepito dall'Intermediario – 29,85%

Esempio

- Premio unico anticipato - € 1.000,00
- Premio puro – € 610,00
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)– € 390,00, di cui
  - importo percepito dall'Intermediario – € 298,50

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

---

## C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

---

**5. Costi gravanti direttamente sul Contraente**

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

Costi gravanti sul premio

- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) – 39,00%, di cui
  - importo percepito dall'Intermediario – 29,85%

Esempio

- Premio unico anticipato - € 1.000,00
- Premio puro – € 610,00
- costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)– € 390,00, di cui
  - importo percepito dall'Intermediario – € 298,50

**6. Regime Fiscale**

Il Premio non è soggetto ad alcuna imposta. Sul Premio pagato, fino ad un massimo di 1.291,14 euro, viene riconosciuta all'Assicurato una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% del Premio stesso.

---

## D. ALTRE INFORMAZIONI SULLA POLIZZA COLLETTIVA

---

**7. Modalità di perfezionamento del contratto**

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

**8. Diritto di recesso**

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

L'Impresa provvede al rimborso del Premio entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Assicurato.

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

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

**AVVERTENZA** Nella Polizza Collettiva sono previste modalità e termini per la denuncia dei sinistri. Per la disciplina specifica alla documentazione da consegnare all'Impresa si rinvia all'art.14 – “Obblighi in caso di Sinistro” delle Condizioni di Assicurazione.

L'Impresa provvede al pagamento della prestazione dovuta entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria per la liquidazione. Per la disciplina specifica si rinvia all'art.15 – “Beneficiario - Pagamento della Prestazione Assicurata” delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA** Ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono dopo due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (prescrizione).

Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n°266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

La legislazione applicabile alla Polizza Collettiva è quella italiana.

**10. Legge applicabile alla Polizza Collettiva**

**11. Lingua in cui è redatta la Polizza Collettiva**

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

**12. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, compresi quelli relativi alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa, devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a **CreditRas Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano – Telefono 02 72.16.1 - Fax 02 72.16.27.35 – Indirizzo e.mail: info@creditrasvita.it.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'**ISVAP, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06 42.13.37.45 – 06 42.13.33.53**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

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

Resta salva comunque per l'esponente che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

---

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



**GLOSSARIO**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3454**  
**“Creditor Protection Mutui Privati”**  
**UniCredit**

**Data ultimo aggiornamento 02-04-2012**

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

**Assicurato**

il soggetto sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione e cioè la persona fisica, intestataria o cointestataria di un Mutuo erogato dal Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

**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 Mutuo, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo stesso; il tutto al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;

**Contraente**

il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa per conto degli Assicurati e cioè UniCredit S.p.A. che opera attraverso le filiali contraddistinte “UniCredit Banca”, “UniCredit Banca di Roma”, “Banco di Sicilia”, “UniCredit Private Banking”;

**Data di scadenza del Mutuo**

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

**Durata del Mutuo**

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

**Importo Erogato del Mutuo**

l'importo del Mutuo erogato dal Contraente all'Assicurato; può differire dall'Importo Richiesto nel caso in cui venga finanziato anche il Premio della presente Polizza Collettiva e/o di altre coperture connesse al Mutuo;

**Importo Richiesto del Mutuo**

l'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato al Contraente;

**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;

**Mutuo**

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato avente per oggetto la concessione all'Assicurato, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine che dovrà essere rimborsato secondo un piano di ammortamento alla francese;

**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;

**Polizza Collettiva**

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

**Premio**

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

**Prestazione Assicurata**

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

**Questionario Medico**

il modulo contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato;

**Rapporto Visita Medica**

il modulo che deve essere compilato da un medico italiano relativo allo stato di salute dell'Assicurato;

**Sinistro**

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

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3454**  
**“Creditor Protection Mutui Privati”**  
**UniCredit**

**Data ultimo aggiornamento 02-04-2012**

**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 corrisposti all’Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva Danni n°10025150 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) malattie, malformazioni e stati patologici già noti all’Assicurato alla data di adesione alla Polizza Collettiva in quanto già manifestatisi e/o diagnosticati a tale data; esclusione non operante nel caso di presentazione da parte dell’Assicurato del Questionario Medico o del Rapporto Visita Medica;
- b) infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell’Assicurazione;
- c) suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell’Assicurazione;
- d) atti volontari di autolesionismo dell’Assicurato;
- e) dolo dei Beneficiari;
- f) partecipazione attiva dell’Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- g) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- h) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- i) 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;
- j) 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;
- k) 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;
- l) pratica da parte dell’Assicurato di paracadutismo, sport aerei in genere;
- m) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- n) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l’Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all’estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall’inizio di tali eventi. Il tutto salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- o) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- p) trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

**Art.4 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva**

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

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l’obbligo da parte dell’Assicurato della contemporanea adesione anche alla Polizza Collettiva Danni n°10025119, stipulata dal Contraente con CreditRas Assicurazioni S.p.A., avente per oggetto le garanzie di invalidità permanente totale, inabilità temporanea totale, perdita di impiego, ricovero ospedaliero.

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

- a) numero di domanda del Mutuo;
- b) dati anagrafici dell’Assicurato;
- c) Durata del Mutuo;
- d) Importo Richiesto del Mutuo;
- e) percentuale quota di copertura assicurativa;

- f) Premio unico anticipato;  
g) costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);  
h) importo percepito dall'Intermediario.

L'Assicurato avrà facoltà di designare specificatamente i Beneficiari della Prestazione Assicurata; in tal caso dovrà risultare compilata e debitamente sottoscritta dall'Assicurato medesimo la relativa apposita sezione all'interno del Modulo di Adesione.

Ciascun Assicurato dovrà infine alternativamente, secondo quanto evidenziato dalla tabella sottoriportata:

- A) sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata all'interno del Modulo di Adesione;  
B) compilare il Questionario Medico;  
C) fornire il Rapporto Visita Medica e ad altri eventuali esami medici secondo le indicazioni fornite dall'Impresa.

Nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa, la Prestazione assicurata da considerare sarà pari alla somma di tutti i singoli importi relativi all'Assicurato stesso.

| Prestazione assicurata                  | Età alla stipula da 18 a 60 anni compiuti       | Età alla stipula da 61 a 65 anni compiuti | Età alla stipula da 66 a 70 anni non compiuti |
|---|---|---|---|
| Fino € 200.000,00                       | <b>A</b><br>Dichiarazione buono stato di salute | <b>B</b><br>Questionario Medico           | <b>C</b><br>Rapporto Visita Medica            |
| Oltre € 200.000,00<br>Fino € 300.000,00 | <b>B</b><br>Questionario Medico                 | <b>B</b><br>Questionario Medico           | <b>C</b><br>Rapporto Visita Medica            |
| Oltre € 300.000,00<br>Fino € 520.000,00 | <b>C</b><br>Rapporto Visita Medica              | <b>C</b><br>Rapporto Visita Medica        | <b>C</b><br>Rapporto Visita Medica            |

Le spese relative al Rapporto Visita Medica ed agli accertamenti medici sono a totale carico dell'Assicurato.

L'Impresa, relativamente alle modalità B (compilazione Questionario Medico) e C (Rapporto Visita Medica), si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'ammissione alla copertura assicurativa.

Le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione all'Impresa prima della stipula, per il tramite del Contraente al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.

Per ciascun Assicurato la garanzia è da ritenersi operante soltanto nel caso in cui la stipula del Mutuo avvenga entro centoottanta giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, oppure dalla data di presentazione della documentazione sanitaria, ove prevista, sempreché l'Impresa abbia espresso parere favorevole all'ammissione in copertura. Nel caso in cui la stipula del Mutuo avvenga successivamente al termine sopraindicato, l'Assicurato è tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione di cui sopra, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

Il Questionario Medico e la documentazione del Rapporto Visita Medica devono essere inviati all'Impresa in busta chiusa, anche per il tramite del Contraente, oppure direttamente tramite fax al numero dedicato 02.7216.5074.

Il rifiuto o la conferma dell'ammissione in copertura vengono comunicati dall'Impresa all'Assicurato e, per conoscenza, al Contraente.

L'Assicurazione sarà operante nel modo seguente:

**1) unico Assicurato per singolo Mutuo :**

a) Assicurazione intera - la Somma assicurata iniziale viene calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa pari al 100%;

**2) più Assicurati cointestatari per singolo Mutuo :**

a) Assicurazione intera - per ciascun Assicurato la Prestazione Assicurata viene calcolata in base ad una percentuale quota di copertura assicurativa pari al 100%;

b) Assicurazione pro quota - per ciascun Assicurato la Prestazione Assicurativa viene calcolato pro quota in base ad una percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari a 100% diviso per il numero di Assicurati.

Nel caso si verifichi la mancata accettazione da parte dell'Impresa dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestatari, per i rimanenti cointestatari Assicurati l'Assicurazione opererà come sopra specificato (percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari a 100% diviso per il numero di Assicurati).

**3) Importo Richiesto del Mutuo maggiore di €200.000,00:**

a) Assicurazione parziale - in alternativa alle modalità di cui ai punti precedenti, la Somma assicurata iniziale per ciascun Assicurato può essere calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa, a scelta dell'Assicurato, compresa tra 50% e 100%.

Nel caso in cui ci siano più Assicurati cointestatari di un singolo Mutuo, ed anche se si verifica la mancata accettazione da parte dell'Impresa dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestatari, l'Assicurazione potrà operare come sopra specificato (percentuale di copertura assicurativa, a scelta dell'Assicurato, compresa tra 50% e 100%).



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

All'Assicurato dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

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

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

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

**Art.6 - Persone non assicurabili**

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

- a) alla data di stipula del Mutuo siano di età inferiore a diciotto anni o maggiore di settanta anni compiuti;
- b) alla Data di scadenza del Mutuo risultino di età maggiore di settantacinque anni compiuti;
- c) abbiano stipulato un Mutuo erogato dal Contraente di Durata superiore a quattrocentoottanta mesi;
- d) non siano residenti in Italia.

Non sono inoltre assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone per cui la Prestazione assicurata risulti essere superiore a €520.000,00.

**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 pagamento da parte dell'Assicurato al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo.

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

- a) abbia sottoscritto il Modulo di Adesione,
- b) abbia sottoscritto la Dichiarazione di Buono Stato di Salute; ovvero
- c) abbia compilato il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa; ovvero
- d) si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed 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 Mutuo sottoscritto dall'Assicurato stesso e non potrà comunque avere durata superiore a quattrocentoottanta mesi. Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.9 – “Diritto di recesso dell'Assicurato” e 12 – “Estinzione anticipata, accollo, surroga del Mutuo”, 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 Mutuo e senza alcun rimborso di Premio, dalle ore 24 del giorno in cui verrà liquidato all'Assicurato un indennizzo per invalidità permanente totale derivante dalla Polizza Collettiva Danni n°10025150 collegata alla presente Polizza Collettiva.

**Art.9 – Diritto di recesso dell'Assicurato**

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

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'Impresa provvederà al rimborso del Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente. Nel caso in cui il Premio sia stato finanziato, il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.

**Art.10 - Determinazione del Premio**

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

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

dove:

- P Premio unico anticipato
- T tasso mensile pari a 0,01885%
- N Durata del Mutuo espressa in mesi interi
- Ir Importo Richiesto del Mutuo
- Pa Percentuale quota di copertura assicurativa

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



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

La Prestazione Assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Erogato del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato medesimo moltiplicato per la percentuale quota di copertura assicurativa e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Mutuo stesso moltiplicato per la percentuale medesima.

La massima Prestazione assicurabile viene stabilita pari a € 520.000,00 e in nessun caso l'Impresa sarà quindi tenuta a pagare, per singola adesione, importo maggiore di tale somma.

In caso di Mutuo erogato per un importo superiore a € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa dovrà essere tale da fare risultare la Prestazione Assicurata iniziale non superiore a tale limite.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di € 520.000,00 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 l'indennizzo per invalidità permanente totale derivante dalla collegata Polizza Collettiva Danni n°10025150.

### **Art.12 – Estinzione anticipata, accollo, surroga del Mutuo**

Nel caso di:

- a) estinzione anticipata del Mutuo rispetto la Data di scadenza;
- b) accollo del mutuo da parte di terzi come previsto dall'art.1273 C.C.;
- c) trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;

l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione, accollo o surroga e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

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

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

dove:

R importo da rimborsare

P Premio unico anticipato

Ppu Premio unico anticipato puro = P – H

H costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N Durata del Mutuo espressa in mesi interi

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

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

In caso di estinzione parziale del Mutuo non si procederà ad alcuna restituzione di Premio e l'Assicurazione rimarrà operante fino alla Data di scadenza del Mutuo in base al piano di ammortamento originario come se l'estinzione parziale non fosse avvenuta.

### **Art.13 – Estensione territoriale**

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

### **Art.14 - Obblighi in caso di Sinistro**

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

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato.

Il modulo di denuncia Sinistro è disponibile presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo oppure può essere ottenuto contattando l'Impresa al numero 02.7216.7700. Telefonando a tale numero potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire.

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

- b) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto da cui deve risultare, ove prevista, anche la sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute ivi contenuta;
- c) fornire certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- d) fornire certificato medico attestante la causa del decesso;
- e) fornire copia del piano di ammortamento finanziario del Mutuo in essere al momento del Sinistro.

In presenza di particolari esigenze istruttorie ed al fine di integrare le risultanze già acquisite, l'Impresa si riserva inoltre di richiedere ulteriore documenti in relazione alle circostanze in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato, quali ad esempio:

- 1) relazione del medico curante ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- 2) in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio, copia di un articolo di giornale (se disponibile) che riporti le circostanze dell'accaduto e, non appena possibile, copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti.

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

**Art.15 – 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 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 provvede al pagamento della Prestazione Assicurata dovuta nei confronti dei Beneficiari in un'unica soluzione entro trenta giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa richiesta comprovante il Sinistro.

**Art.17 – Altre assicurazioni**

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

**Art.18 - Modifiche dell'Assicurazione**

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

**Art.19 - Rinvio alle norme di legge**

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

**MODULO DI ADESIONE**  
**Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3454**  
**“Creditor Protection Mutui Privati”**  
**UniCredit**

Data ultimo aggiornamento 02-04-2012

|  |      |                |
|--|------|----------------|
| <b>Dati Mutuo</b>  |      |                |
| Domanda di Mutuo n° _____  |      |                |
| <b>Dati Assicurato</b>   |      |                |
| Cognome  | Nome | Codice Fiscale |
| _____  |      |                |
| <b>Dati copertura assicurativa</b>   |      |                |
| Durata del Mutuo in mesi _____   |      |                |
| Importo Richiesto del Mutuo € _____ Percentuale quota di copertura assicurativa _____% |      |                |
| <b>Premio unico anticipato</b>   |      |                |
| € _____  |      |                |
| <b>Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)</b>                            |      |                |
| € _____  |      |                |
| <b>Importo percepito dall'intermediario</b>  |      |                |
| € _____  |      |                |

**PRENDO ATTO** che **UniCredit S.p.A. (“Banca”)** ha stipulato con **CreditRas Vita S.p.A. (“CRV”)**, per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari di un Mutuo da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3454 (“**Polizza**”) concernente una copertura assicurativa per il caso di morte.

**DICHIARO** di aderire in qualità di Assicurato alla Polizza.

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

**PRENDO ATTO** che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo, a condizione che siano stati sottoscritti il presente Modulo di Adesione e la Dichiarazione di Buono Stato di Salute in esso contenuta (ovvero, siano stati prodotti il Questionario Medico oppure il Rapporto di visita medica e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente da **CRV**) e sia stato pagato il relativo Premio, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento originario.

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

**PRENDO ATTO** che la Prestazione Assicurata iniziale non può essere superiore a € 520.000,00 e quindi, in nessun caso l'Impresa sarà tenuta a pagare importo maggiore di tale somma. In caso di Mutuo erogato per un importo superiore a € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa è tale da fare risultare la Prestazione Assicurata iniziale non superiore a tale limite.

**DÒ MANDATO** irrevocabile alla **Banca** di effettuare in nome e per conto mio il pagamento del Premio a favore di **CRV**. Il pagamento di tale Premio da parte mia alla **Banca** avverrà mediante addebito sul mio conto corrente intrattenuto presso la **Banca** medesima.

Data

Firma Assicurato

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

- a) esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;
- b) aver letto, approvato ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo ricevuto;
- c) aver ricevuto l'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

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

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

**Da sottoscrivere soltanto nel caso in cui l'Assicurato rientri nella modalità A di cui all'art.4 – “Modalità di adesione alla Polizza Collettiva” delle Condizioni di Assicurazione. Nel caso l'Assicurato rientri nelle modalità B o C dovrà produrre rispettivamente il Questionario Medico ed il Rapporto Visita Medica.**

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

- a) non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica (esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronica ostruttiva) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
- b) non essere stato affetto da disturbi o malattie o lesioni fisiche che hanno comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività negli ultimi tre anni per più di tre settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza);
- c) non essere, al momento della sottoscrizione del presente Modulo di Dichiarazione, sotto trattamento medico o farmacologico da più di trenta giorni consecutivi;
- d) non essere in attesa di ricovero e non essere stato ricoverato durante gli ultimi cinque anni (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsilliti, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica).

### AVVERTENZA

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

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

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

Firma Assicurato \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003), acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

## DESIGNAZIONE BEFICIARI (OPZIONALE)

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

|               |            |                      |
|---------------|------------|----------------------|
| Cognome _____ | Nome _____ | Codice Fiscale _____ |
| Cognome _____ | Nome _____ | Codice Fiscale _____ |

Firma Assicurato \_\_\_\_\_