

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

## Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza collettiva ad adesione facoltativa, distribuita tramite le filiali del Banco BPM S.p.A. che collocano il prodotto, che assicura il rischio di Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, rivolta alle Persone fisiche che sottoscrivano un Contratto di Apertura di Credito Revolving con AGOS DUCATO S.p.A. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento all'adesione alla polizza collettiva che copre il rischio Morte prestata da Vera Protezione S.p.A.



### Che cosa è assicurato?

Le persone fisiche che sottoscrivano con Agos Ducato S.p.A. un Contratto di Prestito Personale (Contratto di Apertura di Credito Revolving) e che aderiscano facoltativamente al Programma Assicurativo, per le seguenti garanzie:

- ✓ Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia  
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio o Malattia, è previsto il pagamento in unica soluzione all'Assicurato della somma assicurata, pari al saldo del Conto revolving e/o della Carta di Credito al momento del sinistro, al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
- ✓ Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia  
E' prevista la liquidazione all'Assicurato, per ogni mese di durata del sinistro, di una somma pari all'ammontare della rata mensile, comprensiva di capitale e interessi, secondo il piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.

La massima somma assicurabile è pari a:

- in caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia: Euro 5.000,00 per Assicurato e per Sinistro, qualunque sia il numero di Conti Revolving e/o Carte di Credito in essere tra l'Assicurato ed Agos Ducato S.p.A. alla data del sinistro;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: l'indennizzo sarà massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per l'intera durata del Contratto. L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo in linea capitale del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo in linea capitale della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro.



### Che cosa non è assicurato?

Le persone fisiche che:

- ✗ non siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- ✗ non abbiano un'età compresa tra 18 e i 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- ✗ alla data di scadenza del finanziamento risultino di età superiore a 75 anni;
- ✗ non abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione.



### Ci sono limiti di copertura?

#### Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia:

- ! incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ! pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- ! partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo.

#### Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia

- ! infortuni o malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere e volere;
- ! infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- ! mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale.

La garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia prevede un Periodo di Carenza (ovvero di non operatività iniziale della garanzia) pari a 30 giorni, ed una franchigia assoluta di 60 giorni.



## Dove vale la copertura?

[Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.]



## Che obblighi ho?

### All'inizio del contratto

L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

### Nel corso del contratto

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, l'Assicurato è tenuto - anche tramite Agos Ducato S.p.A. - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa di Assicurazione, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

### In caso di sinistro

L'Assicurato deve:

- darne tempestiva denuncia alla Impresa di Assicurazione, entro il limite massimo di 60 giorni dalla data del sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità o, anche tramite Modulo di denuncia.
- inviare la Denuncia debitamente compilata, in forma scritta, e con allegata la documentazione prevista, all'Impresa di Assicurazione.
- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.]



## Quando e come devo pagare?

Il premio viene corrisposto in rate mensili dall'Assicurato per il tramite di Agos Ducato S.p.A.

Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso mensile.]



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

In caso di adesione alla polizza contestualmente alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione al Conto Revolving e/o Carta di Credito, la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno di primo utilizzo della Carta Revolving e/o della Carta di Credito.

In caso di adesione successiva, decorre dalle ore 24:00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato.

La copertura rimane in vigore finchè la linea di Credito Revolving è attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato. In caso di disdetta del Contratto di apertura di Credito Revolving, il programma viene risolto dalla data di disdetta del Contratto di apertura di Credito Revolving.]



## Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può:

- recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza;
- sospendere il pagamento dei premi; in questo modo la copertura assicurativa si risolverà dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento.]

Nei casi sopra indicati, l'Assicurato può recarsi presso la filiale della Banca ove è stata accesa la copertura assicurativa oppure inviare apposita comunicazione all'Impresa di Assicurazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

# **Vera Assicurazioni S.p.A.      Vera Protezione S.p.A.**

## **CPI REVOLVING**

### **CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO TARIFFA CPAB**

#### **CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**

#### **IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:**

- Nota Informativa per la Copertura Caso Morte;
- Nota Informativa per le Coperture Danni;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa in materia di Protezione dei Dati Personali;
- Modulo di Adesione;

#### **DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI ADESIONE**

#### **PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA**

**Il presente Contratto di Assicurazione è facoltativo e non è necessario per ottenere il  
Finanziamento alle condizioni proposte**

#### **Vera Assicurazioni S.p.A.**

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

#### **Vera Protezione S.p.A.**

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019



## **NOTA INFORMATIVA (Copertura Caso Morte)**

### **CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO**

- **Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Mensile ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 59.363**

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

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

## **A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

### **1. INFORMAZIONI GENERALI**

Vera Protezione S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni, ha sede legale e direzione generale in Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

Numero di telefono: 800 341292 – sito internet: [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it)

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [info@veraprotezione.it](mailto:info@veraprotezione.it)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [liquidazioni@veraprotezione.it](mailto:liquidazioni@veraprotezione.it)

Vera Protezione S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP nr. 2709 del 12/6/2009. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 019.

### **2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Vera Protezione S.p.A. è pari a Euro 76.335.317,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 47.500.000,00 (i.v.), le Riserve Patrimoniali a Euro 8.191.371,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio dell'Impresa stessa è pari al 315%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1260%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizioni Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa.

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

### **3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE**

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con Vera Protezione S.p.A. non è necessario, pertanto, la sua sottoscrizione al fine di ottenere il Contratto di Apertura di Credito Revolving alle condizioni proposte.

La presente Copertura caso morte è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alle Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia prestate da Vera Assicurazioni S.p.A.

La prestazione in caso di decesso, indicata di seguito è operante per tutta la Durata del Programma Assicurativo.

Il Programma Assicurativo rimane in vigore a condizione che la linea di Credito Revolving sia attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.

La durata della Copertura Assicurativa è espressa in mesi interi.

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente l'Intermediario che ha erogato **la linea di Credito Revolving o ha emesso la Carta di Credito**;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Contratti di Apertura di Credito Revolving che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata pari al debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito.

Il Contratto di Assicurazione prevede, nella presente Nota Informativa, la seguente prestazione assicurativa:

- prestazione in caso di Decesso (valida per tutti gli Assicurati)

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, l'Impresa di Assicurazione liquida ai Beneficiari la prestazione assicurativa pari al Debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Decesso.

La prestazione assicurativa verrà corrisposta previa comunicazione documentata della Contraente.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 25 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

**L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Assicurato (che corrisponde anche al debito residuo massimo considerato come base di determinazione della rata di rimborso mensile) qualunque sia il numero dei Conti Revolving e/o delle Carte di Credito di cui l'Assicurato è titolare. Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" delle Condizioni di Assicurazione.**

**La presente garanzia viene prestata:**

- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 26 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.**

**L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute del Modulo di Adesione relative alle dichiarazioni dell'Assicurato ai fini dell'efficacia della Copertura Assicurativa.**

#### **4. PREMI**

La Copertura Assicurativa viene prestata dietro corresponsione di premi mensili da parte della Contraente, per conto dell'Assicurato. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo dei premi mensili corrisposti all'Impresa di Assicurazione.

Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso

mensile. L'importo dei premi mensili viene determinato moltiplicando il tasso per l'importo del debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 56% di ciascun Premio mensile versato. La quota parte percepita in media dall'Intermediario è pari al 89,29% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio mensile di Euro 1.000,00, al lordo delle imposte, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 560,00 di cui Euro 500,02 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

**In caso di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving il Programma Assicurativo viene risolto dalla data di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving.**

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 9 "DISDETTA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO REVOLVING" delle Condizioni di Assicurazione.

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

### **5. COSTI**

#### **5.1. COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO**

##### **5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO**

**SPESE DI EMISSIONE:** l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa di emissione.

**COSTO PERCENTUALE:** il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei Tassi di Premio è pari alla seguente percentuale:

Costo %
56%

I costi per eventuali accertamenti sanitari sono a carico dell'Assicurato cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

Il costo è calcolato su ciascun Premio mensile versato.

\*\*\*

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte del costo sopra riportato percepita dall'Intermediario:

Quota-parte del costo retrocessa all'Intermediario
89,29%

### **6. SCONTI**

**Non sono previsti sconti.**

## **7. REGIME FISCALE - LEGALE**

### **7.1. IMPOSTE SUI PREMI**

I premi di Assicurazione sulla Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

### **7.2. DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI**

Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.

Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:

- eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;
- eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

### **7.3. TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE**

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa, le somme corrisposte in dipendenza del Contratto in caso di Decesso dell'Assicurato non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986.

### **7.4. DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

Ai sensi dell'Art.1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di Decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e sono esenti da imposte di successione.

### **7.5. NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ**

Ai sensi dell'Art.1923 del Codice Civile le somme in dipendenza di Contratti di Assicurazione non sono né pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

## **D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

### **8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

In caso di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione contestuale alla sottoscrizione del Modulo di richiesta del Conto Revolving e/o della Carta di Credito, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di adesione successiva, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione. Nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso, il Programma Assicurativo decorre 30 giorni prima della scadenza della prima rata di rimborso del Conto Revolving e/o della Carta di Credito.

Successivamente la Contraente provvede ad inviare, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, all'Assicurato una Lettera di Benvenuto.



Per maggiori dettagli relativi alla data di decorrenza del Contratto e all'efficacia della Copertura Assicurativa si rimanda alla lettura dell'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.

## **9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE – SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

### **9.1. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Il Programma Assicurativo cessa al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato nell'ambito dell'abbinata Copertura di Invalidità Totale Permanente prestata dall'Impresa di Assicurazione Vera Assicurazioni S.p.A.;
- in caso di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving;
- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato;
- in caso di sospensione pagamento premi, dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento;
- annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte dell'Impresa di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 5 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" e dell'Art. 9 "DISDETTA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO REVOLVING" delle Condizioni di Assicurazione.

### **9.2. SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

In caso di sospensione del pagamento del premio dovuto a copertura del debito residuo, la Copertura Assicurativa perde automaticamente efficacia dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento e non è successivamente riattivabile. In caso di sospensione del pagamento del premio in assenza del debito residuo, la Copertura Assicurativa non perde efficacia.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione.

## **10. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI**

**La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto di Assicurazione e non prevede la concessione di prestiti.**

## **11. DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la sede della Contraente oppure presso la filiale della Banca ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona.

L'eventuale Premio lordo pagato verrà rimborsato all'Assicurato per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

## **12. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE E TERMINI DI PRESCRIZIONE**

### **12.1. PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dai Beneficiari, i quali potranno compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Filiale della Banca. La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata all'Impresa di Assicurazione al seguente indirizzo: Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona.

**Per una più veloce gestione della liquidazione è opportuno fornire un numero di telefono o un indirizzo e-mail di contatto. Per ulteriori informazioni in merito alla documentazione da produrre è possibile contattare il numero verde 800 341292.**

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia.

L'Impresa di Assicurazione esegue il pagamento della prestazione entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa.

Per un maggior dettaglio sulla documentazione da consegnare all'Impresa di Assicurazione, necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto, si rimanda allo specifico Art. 27 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" delle Condizioni di Assicurazione.

**Si richiama l'attenzione dell'Assicurato affinché sia sua cura portare i Beneficiari a conoscenza della designazione, mettendoli inoltre nelle condizioni di produrre la documentazione richiesta dall'Impresa.**

### **12.2. PRESCRIZIONE**

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dai Contratti di Assicurazione sulla Vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. L'Impresa di Assicurazione, in base alla Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

## **13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05) al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

## **14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Il Contratto, ogni documento ad esso allegato nonché tutte le comunicazioni in corso di Contratto sono redatti in lingua italiana.

Le Parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

## **15. RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione Vera Protezione S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona *indirizzo e mail* reclami@veraprotezione.it.

I reclami riguardanti invece il comportamento dell'intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati per iscritto all'intermediario Agos Ducato S.p.A. - Gestione Reclami -Via Bernina 7 - 20158 Milano - E-mail: info@pec.agosducato.it, che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione.

I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati all'Impresa, o viceversa, saranno trasmessi senza ritardo dall'uno all'altro, dandone contestuale notizia al reclamante.

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 a:

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito dell'Impresa di Assicurazione, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di Assicurazione ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

## **16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto all'Assicurato, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare all'Assicurato stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto stesso.

Per l'aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di Assicurazione, di cui al punto 2. "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA", si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it)

Inoltre, sempre sul sito [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it), è disponibile un'Area Clienti che offre la possibilità all'Assicurato di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto.

Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Assicurato riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso.

Tramite l'Area Clienti l'Assicurato può consultare ad esempio le Condizioni Contrattuali, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

## **17. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

Le comunicazioni dell'Assicurato possono essere fatte pervenire, oltre che direttamente all'Impresa di Assicurazione mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona anche alla Contraente presso cui è appoggiato il Contratto di Assicurazione.

Il presente contratto è un prodotto Vera Protezione S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni, in quanto partecipata al 100% da Vera Assicurazioni, che è a sua volta partecipata al 65% da Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa e al 35% da Banco BPM S.p.A..

Vera Protezione S.p.A. è una Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Verona, facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019.

Il prodotto viene distribuito da AGOS DUCATO S.p.A. (iscritta alla sezione D del RUI con n° D000200619), Società partecipata dal Banco BPM S.p.A., attraverso le Filiali di Banco BPM (iscritto alla sezione D del RUI con n° D000396976) che collocano il prodotto.

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta. L'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

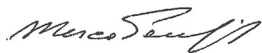
L'impresa di Assicurazione, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

\*\*\*\*

***Vera Protezione S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.***

**Il rappresentante legale**

**Marco Passafiume**



Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018

## **2. NOTA INFORMATIVA (Coperture Danni)**

### **CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO**

- **Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia Polizza Collettiva nr. 3449**

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

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

## **A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

### **1. INFORMAZIONI GENERALI**

Vera Assicurazioni S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni, ha sede legale e direzione generale in Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

Numero di telefono: 045/8392777 – sito internet: [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [info@veraassicurazioni.it](mailto:info@veraassicurazioni.it)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [sinistrire@veraassicurazioni.it](mailto:sinistrire@veraassicurazioni.it)

Vera Assicurazioni S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 9/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi presso Ivass al n. 0019.

### **2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELLA SOCIETA'**

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Vera Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 98.421.227,00 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 3.036.711,00 di Riserve Patrimoniali.

L'**indice** di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Impresa stessa è pari al 372%.

L'**indice** di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1312%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizioni Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa di Assicurazione.

## **B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

**Il Contratto di Assicurazione prevede tacito rinnovo e le Coperture Assicurative cessano nei casi previsti all'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.**

Le prestazioni, indicate di seguito sono operanti per tutta la Durata del Programma Assicurativo. Il Programma Assicurativo rimane in vigore a condizione che la linea di Credito Revolving sia attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi.

### 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con Vera Assicurazioni S.p.A. non è necessario, pertanto, la sua sottoscrizione al fine di ottenere il Contratto di Apertura di Credito Revolving alle condizioni proposte.

Le presenti Coperture sono sottoscrivibili esclusivamente in abbinamento alla Copertura Morte prestata da Vera Protezione S.p.A.

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente l'Intermediario che ha erogato **la linea di Credito Revolving o ha emesso la Carta di Credito**;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Contratti di Apertura di Credito Revolving che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata pari al debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito.

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia;
- prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia.

#### PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, l'Impresa di Assicurazione liquida all'Assicurato la prestazione assicurata pari al Debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Sinistro.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura **dell'Art. 28 "OGGETTO DELLA COPERTURA"** delle Condizioni di Assicurazione.

**L'indennizzo non potrà superare l'importo, per Sinistro, di Euro 5.000,00 per i Conti Revolving e/o le Carte di Credito, (che corrispondono anche al debito residuo massimo considerato come base di determinazione della rata di rimborso mensile) qualunque sia il numero dei Conti Revolving e/o delle Carte di Credito di cui l'Assicurato è titolare.** In caso di Contratti di Apertura di Credito Revolving concessi per un importo superiore al massimale sopraindicato, l'indennizzo sarà liquidato proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Sinistro.

**La presente garanzia viene prestata:**

- solo in caso di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica;
- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 31 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di massimali, scoperti e franchigie:

Capitale finanziato 7.000 Euro	Capitale residuo al momento dell'invalidità permanente da malattia o da infortunio 4.000 Euro	Franchigia di polizza Liquidazione del residuo totale in caso di postumi pari o superiori al 66%
Postumi da invalidità permanente valutati 66%	Liquidazione di 4.000 Euro	Invalidità 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta

#### PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili del Conto Revolving e/o Carta di Credito, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa.

L'indennizzo **massimo è pari a 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale**. L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo in linea capitale del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo in linea capitale della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura **dell'Art. 33 "OGGETTO DELLA COPERTURA"** delle Condizioni di Assicurazione.

**La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale è sottoposta:**

- **ad un Periodo di Carenza di 30 giorni;**
- **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.**

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

**La presente garanzia viene prestata:**

- **senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 35 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.**

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di massimali, scoperti e franchigie:

Rata mensile da rimborsare = 2.500 Euro	Rata massima mensile da liquidare = 2.000 Euro	Franchigia assoluta = 60 giorni
Inabilità temporanea totale	Liquidazione della rata mensile successiva di 2.000 Euro solamente se la suddetta rata scade nel periodo di inabilità	Superato il periodo di franchigia, si paga la rata che scade durante il periodo di inabilità. Ad esempio: Durata Inabilità temporanea = 90gg : Scadenza rata = 28 di ogni mese Data sinistro = 1 luglio; Scadenza rata 28 Luglio in franchigia ; Scadenza rata 28 Agosto in franchigia; scadenza rata successiva in copertura

Data di inizio copertura = 1 Settembre Data della Inabilità = 15 novembre	Durata della inabilità =30 giorni	Nessun indennizzo in quanto avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza). In questo caso la durata dell'inabilità è ininfluyente.
--	-----------------------------------	---

#### **4. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – NULLITA'**

**Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile come previsto all'Art. 4 "DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO" delle Condizioni di Assicurazione.**

#### **5. PREMI**

La Copertura viene prestata dietro corresponsione di premi mensili da parte della Contraente, per conto dell'Assicurato. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo dei premi mensili corrisposti all'Impresa di Assicurazione.

Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso mensile. L'importo dei premi mensili viene determinato moltiplicando il tasso per l'importo del debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile.

Il costo trattenuto dalle Imprese di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 56% sul saldo mensile in linea capitale. La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 89,29% del costo totale a carico dell'Assicurato.

A titolo esemplificativo per un Premio mensile di Euro 1.000,00, al lordo delle imposte, i costi trattenuti dalle Imprese di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 560,00 di cui Euro 500,00 rappresentano l'importo percepito dagli Intermediari.

**In caso di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving il Programma Assicurativo viene risolto dalla data di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving. I premi mensili pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione. L'Assicurato non dovrà più corrispondere i successivi premi.**

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 9 "DISDETTA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO REVOLVING" delle Condizioni di Assicurazione.

#### **6. RIVALSE**

L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essi effettuati in forza delle Coperture Assicurative del presente Contratto di Assicurazione descritte nella presente Nota Informativa come riportato all'Art. 13 "RINUNCIA ALLA RIVALSA" delle Condizioni di Assicurazione.



## **7. DIRITTO DI RECESSO**

### **7.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente oppure presso la filiale della Banca ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

### **7.2 DIRITTO DI RECESSO COPERTURE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE**

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente oppure presso la filiale della Banca ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

## **8. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO**

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

## **9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05) al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

## **10. REGIME FISCALE**

### **10.1 IMPOSTE SUI PREMI**

I premi di Assicurazione per le Coperture Danni sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

### **10.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI**

Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.

Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:

- eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;
- eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 11. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI

L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il Sinistro per il quale è prestata la Copertura Assicurativa.

La denuncia del sinistro, completa della documentazione prevista e con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, dovrà essere inoltrata a: Vera Assicurazioni S.p.A. - Servizio Sinistri – mediante fax al n° 0362 609954/5 oppure via mail all'indirizzo: asa@ttycreo.it o in alternativa, a mezzo servizio postale, all'indirizzo: Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.

L'Assicurato potrà rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri al seguente numero verde:

**SERVIZIO CLIENTI**

**Numero Verde 800 11 53 25**

**dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00**

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli **32-36 “DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI”** riguardanti ogni garanzia. L'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Contratto di Apertura di Credito Revolving. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa di Assicurazione. **Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico di quest'ultima.**

### 12. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione Vera Assicurazioni S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - telefax 045 8372903 - indirizzo mail: reclami@veraassicurazioni.it .I reclami riguardanti invece il comportamento dell'intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati per iscritto all'intermediario Agos Ducato S.p.A. - Gestione Reclami -Via Bernina 7 - 20158 Milano - E-mail: info@pec.agosducato.it, che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione.

I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati all'Impresa, o viceversa, saranno trasmessi senza ritardo dall'uno all'altro, dandone contestuale notizia al reclamante.

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 a:

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione “Reclami” del sito dell'Impresa di Assicurazione, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di Assicurazione ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, previa effettuazione del tentativo obbligatorio di

mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

### **13. ARBITRATO**

**Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria**, le Parti, per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale prestate dal presente Contratto di Assicurazione, hanno la facoltà di rimettersi alla decisione di un Collegio di tre medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

### **14. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto alla Contraente ed all'Assicurato, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare all'Assicurato stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto di Assicurazione stesso.

Per l'aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di cui al punto 2 "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA" si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)

Inoltre, sempre sul sito [www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it), è disponibile un'Area Clienti, che offre la possibilità all'Assicurato di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto.

Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Assicurato riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso.

Tramite l'Area Clienti l'Assicurato può consultare ad esempio le Condizioni Contrattuali, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

### **15. CONFLITTO DI INTERESSI**

Il presente contratto è un prodotto Vera Assicurazioni S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni; Vera Assicurazioni S.p.A. è partecipata al 65% da Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa e al 35% da Banco BPM S.p.A.

Vera Assicurazioni S.p.A. è una Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Verona, facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019.

Il prodotto viene distribuito da AGOS DUCATO S.p.A. (iscritta alla sezione D del RUI con n° D000200619), Società partecipata dal Banco BPM S.p.A., attraverso le Filiali di Banco BPM (iscritto alla sezione D del RUI con n° D000396976) che collocano il prodotto.

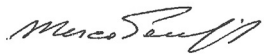
Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta. L'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

L'Impresa di Assicurazione, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

***Vera Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.***

**Il rappresentante legale**

**Marco Passafiume**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Marco Passafiume". The signature is written in a cursive style with a prominent flourish at the end.

Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018

### **3. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

#### **CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO**

**I testi integrali della Polizza Collettiva n° 3449 stipulata tra AGOS DUCATO S.P.A. e Vera Assicurazioni S.P.A. e della Polizza Collettiva n° 59.363 stipulata tra AGOS DUCATO S.p.A. e Vera Protezione S.p.A. sono depositati presso le sedi di tutte le Società anzidette.**

#### **ART. 1 - GARANZIE**

Il presente Programma Assicurativo, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra AGOS DUCATO S.p.A. e le Imprese di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Morte, prestata da Vera Protezione S.p.A.;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, prestata da Vera Assicurazioni S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, prestata da Vera Assicurazioni S.p.A.;

Gli obblighi delle Imprese di Assicurazione risultano esclusivamente dalle Polizze collettive, dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dal Modulo di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Imprese di Assicurazione stesse. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

Le garanzie sono prestate dalle Imprese di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali; le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale devono però essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale italiano.

#### **ART. 2 - PRESTAZIONI**

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti prestazioni:

- Morte: l'Indennizzo è pari al debito residuo in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del decesso dell'Assicurato;
- Invalidità Totale Permanente: l'Indennizzo è pari al debito residuo in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente. Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della competente diagnosi della Malattia. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data di accadimento dell'infortunio oppure, in caso di malattia, tra la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.
- Inabilità Temporanea Totale: per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o Carta di Credito al momento del sinistro. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale opererà un periodo di franchigia di 60 giorni dalla data di ripresa dell'abilità all'attività lavorativa; tale nuovo periodo di franchigia verrà applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.

#### **ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA'**

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

1. residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
2. che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;

3. di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle Coperture Assicurative risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
4. che abbiano stipulato un Contratto di Apertura di Credito Revolving con la Contraente. L'importo massimo assicurabile è riportato all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue.

#### **ART. 4 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione possono comportare la perdita totale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.. Per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione è da ritenersi confermata purché il primo utilizzo del Conto Revolving e/o Carta di Credito avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se la data di primo utilizzo fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, il Contraente e gli assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite il Contraente - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

#### **ART. 5 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

In caso di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione contestuale alla sottoscrizione del Modulo di richiesta del Conto Revolving e/o della Carta di Credito, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di adesione successiva, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione. Nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso, il Programma Assicurativo decorre 30 giorni prima della scadenza della prima rata di rimborso del Conto Revolving e/o della Carta di Credito.

Il perfezionamento dell'adesione e la conseguente costituzione del rapporto assicurativo sono subordinati, secondo quanto disposto dall'art. 23 del D. Lgs. 231/2007, all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela da compiersi attraverso il modulo predisposto a tale scopo.

La decorrenza del Programma Assicurativo è comunicata alle Imprese di Assicurazione dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, all'Assicurato una **Lettera di Benvenuto** nella quale vengono riportati:

- la data di decorrenza;
- l'importo del premio versato;
- i termini e le modalità per l'esercizio del diritto di recesso;
- il riepilogo delle caratteristiche delle Coperture Assicurative sottoscritte;

Il Programma Assicurativo rimane in vigore a condizione che la linea di Credito Revolving sia attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- in caso di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving;
- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Programma Assicurativo, da parte dell'Assicurato;
- in caso di sospensione pagamento premi, dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento;
- decesso dell'Assicurato;

- certamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

In caso di cessazione delle Coperture Assicurative Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia) a seguito di Decesso dell'Assicurato, il premio versato dall'Assicurato ad Vera Assicurazioni S.p.A. rimarrà acquisito da quest'ultima.

## **ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO**

### DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente oppure presso la filiale della Banca ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving.

In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

- Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.
- Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.

L'eventuale Premio pagato per le Coperture Assicurative, al netto delle eventuali imposte, verrà rimborsato all'Assicurato per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

### DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente oppure presso la filiale della Banca ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

- Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.
- Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.

Si rimanda all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" per maggiori dettagli.

## **ART. 7 - LIMITI DI INDENNIZZO**

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Contratto di Apertura di Credito Revolving alla data del Sinistro. Per il Conto Revolving il debito residuo corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito il debito residuo corrisponde al saldo della Carta di Credito.

Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie –.

In caso di Decesso dell'Assicurato o Invalidità Totale e Permanente l'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00, per Assicurato e per Sinistro per il Conto Revolving e/o le Carte di Credito (che corrisponde anche al debito residuo massimo considerato come base di determinazione della rata di rimborso mensile) e qualunque sia il numero dei Conti Revolving e/o delle Carte di Credito di cui l'Assicurato è titolare. Pertanto l'Indennizzo sarà pagato nel limite del massimale di cui sopra da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Apertura di Credito Revolving assicurati, che siano in essere tra l'Assicurato e la Contraente, alla data del Sinistro.

In caso di Contratti di Apertura di Credito Revolving concessi per un importo superiore al massimale soprariportato l'indennizzo sarà liquidato proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Sinistro.

In caso di Inabilità Temporanea Totale l'Indennizzo non può eccedere 12 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata della Copertura per più sinistri.

L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo in linea capitale del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo in linea capitale della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro.

#### **ART. 8 – PAGAMENTO DEL PREMIO**

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alle Imprese di Assicurazione di premi mensili, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo dei premi mensili corrisposti alle Imprese di Assicurazione. Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso mensile.

L'importo totale del premio mensile è pari alla somma del premio per la Copertura Morte e del premio per le Coperture Danni e viene determinato moltiplicando il tasso per l'importo del debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile. Di seguito i tassi di premio suddivisi per garanzia:

	CARTA DI CREDITO/ CONTO REVOLVING
COPERTURA MORTE	0,33%
COPERTURE DANNI (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale)*	0,07%

(\*) Il tasso applicato per determinare il premio per le Coperture Danni è già comprensivo delle imposte di Legge pari al 2,50%.

L'importo del primo premio da corrispondere risulta dal Modulo di richiesta del Contratto di Apertura di Credito Revolving a cui il Programma Assicurativo si riferisce.

#### **SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente oppure presso la filiale della Banca ove è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

- Vera Protezione S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.
- Vera Assicurazioni S.p.A. Via Carlo Ederle 45 37126 Verona.

In caso di sospensione del pagamento dei premi:

- non è più possibile riattivare le Coperture Assicurative;
- le Coperture Assicurative si risolvono dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento del premio ed i premi pagati restano acquisiti dalle Imprese di Assicurazione;
- non è prevista alcuna prestazione a carico delle Imprese di Assicurazione.

In caso di sospensione del pagamento del premio in assenza del debito residuo, le Coperture Assicurative non perdono efficacia.

#### **ART. 9 – DISDETTA DEL CONTRATTO DI APERTURA DI CREDITO REVOLVING**

In caso di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving, il Programma Assicurativo viene risolto dalla data di disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving.

I premi mensili pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

L'Assicurato non dovrà più corrispondere i successivi premi.

La Contraente dovrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione della disdetta del Contratto di Apertura di Credito Revolving



## **ART. 10 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI**

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale è l'Assicurato stesso.

Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coobbligato al momento del sinistro, se previsto all'interno del Contratto di Apertura di Credito Revolving al quale si riferisce il Programma Assicurativo. Se il Coobbligato non è previsto, Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coniuge non separato legalmente al momento del sinistro, se presente. In assenza di Coobbligato o di Coniuge non separato legalmente o in caso di designazioni in contrasto con norme di legge o regolamentari, Beneficiari per la Copertura Caso Morte sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Al momento dell'adesione o nel corso della durata contrattuale l'Assicurato può revocare o modificare la designazione dei Beneficiari Caso Morte inviando direttamente all'Impresa di Assicurazione un fax al numero 02 2775474 o una lettera indirizzata a Vera Protezione S.p.A. – Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona debitamente datati e sottoscritti con indicati i dati anagrafici del nuovo Beneficiario/Beneficiari, unitamente ad una copia del Modulo di Adesione ed ad una copia di un documento d'identità dell'Assicurato.

Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita.

Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme relative a tali polizze fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

## **ART. 11 - DENUNCIA DI SINISTRO**

La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, può essere effettuata con le modalità e la documentazione agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata tempestivamente ai seguenti indirizzi::

- per la Copertura Morte: Vera Protezione S.p.A. - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona;
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia): Vera Assicurazioni S.p.A. – Servizio Sinistri mediante fax al n° 0362 – 609954/5 oppure via mail all'indirizzo asa@ttycreo.it o in alternativa, a mezzo servizio postale all'indirizzo Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona.

• .

L'Assicurato e gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri ai seguenti numeri verde:

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 341292 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800 11 53 25 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

Le Imprese di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Apertura di Credito Revolving. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Imprese di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultime.

Le Imprese di Assicurazione eseguono i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

#### **ART. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alle Imprese di Assicurazione. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art. 1915 C.C.

#### **ART. 13 - RINUNCIA ALLA RIVALSA**

Le Imprese di Assicurazione rinunciano, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da esse effettuate in forza del presente contratto.

#### **ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI**

Resta convenuto che il Programma Assicurativo può cumularsi con altre assicurazioni prestate dalle Imprese di Assicurazione.

#### **ART. 15 - IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI**

Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Assicurato. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

#### **ART. 16 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO**

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Apertura di Credito Revolving - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e, se richiesto, a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo redatto secondo il Regolamento 35 IVASS. Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà. La Contraente terrà indenni e manlevate le Imprese di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della stessa.

#### **ART. 17 - LEGGE APPLICABILE**

La Legge applicabile è quella italiana.

#### **ART. 18 - COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni inviate alle Imprese di Assicurazione da parte dell'Assicurato, con riferimento alle Convenzioni, dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte delle Imprese di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio indicato alla Contraente o a quello successivamente comunicato, a pena di inopponibilità, dall'Assicurato.

#### **ART. 19 - CESSIONE DEI DIRITTI**

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione.

#### **ART. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE**

Le Imprese di Assicurazione rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

#### **ART. 21 - FORO COMPETENTE**

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo

di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

#### **ART. 22 - CLAUSOLA LIBERATORIA**

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente al Sinistro formante oggetto di questa Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato prima del Sinistro.

#### **ART. 23 - CONTROVERSIE**

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale prestate dal presente Contratto di Assicurazione.

In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali.

#### **ART. 24 - TERMINI DI DECADENZA**

Ogni diritto nei confronti delle Imprese di Assicurazione si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C. Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Imprese di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

### **SEZIONE A - ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE**

#### **ART. 25 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

Il presente Programma Assicurativo prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore del Programma Assicurativo e prima del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata ai Beneficiari, fermo restando le limitazioni previste al successivo Art. 26 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del decesso e non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO". Per il Conto Revolving il debito residuo corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito il debito residuo corrisponde al saldo della Carta di Credito alla data del Decesso. Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie -.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Programma Assicurativo oppure in caso di Invalidità Totale e Permanente nel corso della durata contrattuale che dia luogo al pagamento del sinistro, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa di Assicurazione e i premi versati resteranno acquisiti da quest'ultima.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione ai Beneficiari come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

## **ART. 26 - ESCLUSIONI**

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 25 "PRESTAZIONI ASSICURATE" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della copertura assicurativa. E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dei Beneficiari;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- sinistri causati da uso o abuso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet [www.viaggiareassicuri.it](http://www.viaggiareassicuri.it). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.

## **ART. 27 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

Per tutti i pagamenti richiesti all'Impresa debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800-341292 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00) o all'indirizzo e-mail: [liquidazioni@veraprotezione.it](mailto:liquidazioni@veraprotezione.it).

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

Per data di ricevimento della richiesta si intende la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte dell'Impresa.

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:

1. **Richiesta di liquidazione;**
2. **Certificato di morte;**
3. **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;**
4. **Documentazione medica;**
5. **evidenza della situazione del debito residuo in capo all'Assicurato alla data del decesso comunicata dall'Intermediario tramite il quale è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving. (tale documento sarà fornito dall'Intermediario tramite il quale è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving su richiesta diretta dell'Impresa di Assicurazione);**

**Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.**

1. **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono pervenire all'Impresa di Assicurazione:

- utilizzando il modulo liquidativo scaricabile dal sito internet [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it);
- in carta semplice, inviandola direttamente a VERA PROTEZIONE S.p.A., Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra l'Impresa di Assicurazione ed i Beneficiari si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.

Qualunque sia la modalità scelta, si dovranno fornire tutte le informazioni ed i documenti seguenti:

- **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di polizza;
- **MODALITÀ DI PAGAMENTO:** occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ:** copia di un valido documento di identità;
- **CODICE FISCALE:** copia del codice fiscale;
- **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **P.E.P.:** occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare il legame di parentela con l'Assicurato;
- **PRIVACY:** occorre sottoscrivere di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy.

2. **CERTIFICATO DI MORTE** rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.

3. **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO**

Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: **"Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:"**

a. **In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it)):**

- la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

b. **In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it)):**

- che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);

- Occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono gli unici eredi legittimi, con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi testamentari, distinguendoli quindi da eventuali legatari; solo qualora il testamento disponga di solo legatari si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a. e b. precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione sostitutiva deve INOLTRE riportare:

- nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;
- qualora fra gli eredi vi fossero "nipoti"/"pronipoti", specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.

#### 4. DOCUMENTAZIONE MEDICA:

- i) **in caso di MORTE NATURALE**: certificato medico attestante la causa del decesso;
- ii) **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio** - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

*Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'impresa di Assicurazione stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare l'Impresa di Assicurazione al seguente numero verde: 800 341292, operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00.*

**Oltre alla documentazione sopra riportata, l'Impresa necessita ricevere ulteriore documentazione nel caso di:**

**MINORI/INTERDETTI/INCAPACI**: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal tutore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia del Decreto del Giudice Tutelare** (ricorso e relativa autorizzazione) che autorizzi il tutore (esecutore) in nome e per conto dei minori/interdetti/incapaci a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato (per importi entro euro 2.500,00 sarà possibile compilare e sottoscrivere una manleva – un fac-simile è presente sul sito [www.veraprotezione.it](http://www.veraprotezione.it) nella sezione "moduli" -;
- copia di un **valido documento di identità e del codice fiscale del tutore (esecutore)**;
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del tutore (esecutore)**;
- **autorizzazione al trattamento dei dati personali** da parte del tutore (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

**PRESENZA DI UN PROCURATORE**: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal procuratore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia della procura autenticata dalle autorità competenti**, che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore (esecutore) a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza (*si segnala che non potranno essere ritenute valide le procure rilasciate per pratiche successorie*);
- copia di un **valido documento di identità e del codice fiscale del procuratore (esecutore)**;
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del procuratore (esecutore)**;

- **autorizzazione al trattamento dei dati personali** da parte del procuratore (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

**BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ:** in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal Rappresentante Legale (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà;**
- **copia della delibera di nomina del Legale Rappresentante (esecutore)**, ovvero documento equipollente (copia della visura camerale, prospetto cerved) dal quale si evinca il nominativo aggiornato del Legale Rappresentante;
- **copia di un valido documento di identità e codice fiscale del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi;**
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi;**
- **indicazione, per i titolari effettivi, relativa all'essere o meno una Persona Esposta Politicamente (PEP);**
- **autorizzazione al trattamento dei dati personali** da parte del legale rappresentante (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

**BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE:** in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **dichiarazione, completa di timbro e firma del Legale Rappresentante (esecutore)**, dalla quale si evinca se il soggetto beneficiario sia residente in Italia, se eserciti o meno attività commerciale avente scopo di lucro. Tale indicazione è necessaria al fine della corretta applicazione della tassazione in sede di liquidazione. Resta inteso che sarà cura e premura della scrivente Impresa di mantenere la massima riservatezza riguardo alle informazioni sopra menzionate.

**IN CASO DI LIQUIDAZIONE IN SUCCESSIONE:** in seguito alla reintroduzione dell'imposta di successione, e per le successioni apertesesi dopo il 3/10/2006, ai sensi della legge di conversione del D. Lgs. n. 262/2006, è necessario produrre:

- la denuncia di successione o relativa integrazione, riportante a titolo di credito l'importo rinveniente dalla liquidazione della polizza;

oppure

- la dichiarazione di esonero che potrà essere presentata unicamente dagli eredi in linea retta : nonni, genitori, coniuge e figli, con i seguenti limiti:
  - per decessi fino al 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 25.822,84;
  - per decessi dal 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 100.000,00.

**IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:**

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

**Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di trenta giorni dalla data di ricevimento.**

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

## **SEZIONE B - ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

### **ART. 28 - OGGETTO DELLA COPERTURA**

Nel caso di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66% del totale, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA";
- l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
- l'Impresa di Assicurazione abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 31 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativa alla presente Copertura Assicurativa.

## **ART. 29 CRITERI PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO**

### Infortunio:

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).

L'Indennità per l'Invalidità Permanente è dovuta se l'Invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

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. Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinerismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

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" contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

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

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

### Malattia:

L'Impresa di Assicurazione corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di denuncia della Malattia.

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



### **ART. 30 - INDENNIZZO**

L'Indennizzo che l'Impresa di Assicurazione è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari al debito residuo del Contratto Conto Revolving e/o Carta di Credito:

- nel caso di Infortunio, alla data di accadimento dell'infortunio che ha generato l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio,
- nel caso di Malattia, alla data della competente diagnosi della Malattia che ha determinato l'Invalidità Totale Permanente da Malattia.

Per il Conto Revolving il debito residuo corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito il debito residuo corrisponde al saldo della Carta di Credito alla data del Sinistro.

Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie –.

Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'Infortunio o la data della diagnosi della Malattia che hanno provocato l'Invalidità Totale Permanente e la data di liquidazione del relativo Indennizzo, saranno rimborsati dall'Impresa di Assicurazione fino ad un massimo di 2 mesi di interessi. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Sinistro e per Assicurato per il Conto Revolving e/o le Carte di Credito, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Assicurato dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

#### Diritto all'indennizzo per invalidità totale permanente in caso di morte

In caso di decesso dell'Assicurato prima che l'indennizzo da Invalidità Totale Permanente sia stato pagato, l'Impresa di Assicurazione, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dall'Impresa di Assicurazione con le modalità e nei termini stabiliti dalle Condizioni di Assicurazione di cui alla presente Sezione B "Assicurazione per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia". A tal fine, andrà fornita all'Impresa di Assicurazione la documentazione attestante la stabilizzazione in vita dei postumi permanenti invalidanti, corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica e, in caso di ricovero, la cartella clinica.

In caso di liquidazione del sinistro da Invalidità Totale Permanente, nulla sarà più dovuto per la garanzia Caso Morte.

Qualora invece il sinistro non risultasse indennizzabile secondo i termini di cui alla presente Sezione B "Assicurazione per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia", lo stesso resterà valutabile secondo le modalità ed i termini di cui alla Sezione A "Assicurazione per la garanzia Morte" al Beneficiario per la Copertura Caso Morte.

### **ART. 31 - ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causata da:

- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, infortuni causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio che ha causato l'invalidità Permanente Totale.
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 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.);
- infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o ,quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- malattie tropicali;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

### **ART. 32 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto, nelle modalità di cui al precedente art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" a VeraAssicurazioni S.p.A. entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata alla Denuncia di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- evidenza della situazione del debito residuo in capo all'Assicurato alla data del sinistro comunicata dalla Contraente tramite il quale è stato acceso il Contratto di Apertura di Credito Revolving Credito (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione);

- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

## **SEZIONE C - ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

### **ART. 33 - OGGETTO DELLA COPERTURA**

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 34 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 35 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

### **ART. 34 - INDENNIZZO**

L'Indennizzo che l'Impresa di Assicurazione è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata mensile prevista del Conto Revolving e/o Carta di Credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente.

**I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza). Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.**

L'Indennizzo non può eccedere 12 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata della copertura per più sinistri. L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo in linea capitale del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo in linea capitale della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

### **ART. 35 - ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:

- Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;
- Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- Infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la

garanzia viene comunque prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed l'infortunio;

- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- Infortuni o Malattie causati da 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.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- le conseguenze di 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 per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

#### **ART. 36 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto, nelle modalità di cui al precedente art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" , a Vera Assicurazioni S.p.A entro 60 giorni dall'infortunio o dall'inizio della malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Apertura di Credito Revolving (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione);
- 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);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, l'Impresa di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione. L'Assicurato deve consentire all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa.

### **ART. 37 - DENUNCE SUCCESSIVE**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dall'Impresa di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.

Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018



## GLOSSARIO

### **CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO**

#### **Assicurato**

Il soggetto persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti e i 65 anni compiuti che ha stipulato un Contratto di Prestito Personale (Contratto di Apertura di Credito Revolving) e che ha aderito facoltativamente al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposito Modulo di Adesione e pagando i premi mensili.

#### **Banca**

Filiale della Banca del **Gruppo Banco BPM**, incaricata da Agos Ducato S.p.A., alla distribuzione della presente Polizza Collettiva, ai clienti che hanno richiesto un Contratto di Prestito Personale (Contratto di Apertura di Credito Revolving) alla Contraente;

#### **Beneficiario**

Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata. Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Danni è l'Assicurato stesso.

Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coobbligato al momento del sinistro, se previsto all'interno del Contratto di Apertura di Credito Revolving al quale si riferisce il Programma Assicurativo. Se il Coobbligato non è previsto, Beneficiario è il Coniuge non separato legalmente al momento del sinistro, se presente. In assenza di Coobbligato o di Coniuge non separato legalmente, Beneficiari sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato.

#### **Carenza**

Periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, le Imprese di Assicurazione non corrispondono la prestazione assicurata.

#### **Contraente**

AGOS DUCATO S.p.A. - 20100 Milano, Via Bernina 7, Società presso la quale è stato richiesto il Contratto di Apertura di Credito Revolving e che stipula i contratti collettivi di assicurazione con le Imprese di Assicurazione, per conto degli Assicurati.

#### **Contratto di Assicurazione**

Contratto con il quale le Imprese di Assicurazione, a fronte del pagamento di un premio, si impegnano a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato. Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

#### **Contratto di Apertura di Credito Revolving**

- Carta di Credito: forma di finanziamento a cui è associata una linea di credito utilizzabile in un'unica o in più soluzioni. Chi la utilizza si impegna a restituire gli importi utilizzati e gli interessi maturati;
- Contratto di Conto Revolving: forma di finanziamento attraverso la concessione di una somma (linea di credito) utilizzabile in un'unica o in più soluzioni. Chi la utilizza si impegna a restituire gli importi utilizzati e gli interessi maturati;

#### **Coobbligato**

Coobbligato è colui il quale condivide, con l'obbligato principale, la responsabilità del pagamento delle rate di una Apertura di Credito Revolving. Generalmente è una persona che 'firma' il Contratto di Apertura di Credito Revolving insieme con chi lo richiede e fornisce le proprie garanzie a supporto del primo.

### **Convenzione Assicurativa**

Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra le Imprese di Assicurazione e la Contraente delle Convenzioni.

### **Coperture Assicurative**

Le garanzie assicurative concesse dalle Imprese di Assicurazione e generata dal versamento di Premi mensili, a fronte della quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

### **Decorrenza**

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di adesione successiva, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di adesione.

### **Decesso**

Il decesso è la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni di polizza.

### **Debito residuo**

Saldo del Conto Revolving e/o Carta di Credito. Il saldo del Conto Revolving e delle Carte di Credito è da considerarsi in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie -.

### **Durata delle Coperture Assicurative**

Intervallo di tempo durante il quale sono operanti le Garanzie ed hanno validità le Coperture Assicurative.

### **Impresa di Assicurazione**

- Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale): Vera Assicurazioni S.p.A. - L'Impresa del Gruppo Cattolica con sede in Via Carlo Ederle 45 , 37126 Verona – Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP N. 2388 del 9 novembre 2005 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01979370036.
- Per la copertura morte: Vera Protezione S.p.A. - Impresa del Gruppo Cattolica con sede in Via Carlo Ederle 45 , 37126 Verona - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS N. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 05913510961.

### **Inabilità Temporanea Totale (ITT) da Infortunio o Malattia:**

- **non Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della generica capacità dell'Assicurato di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo a seguito di infortunio o malattia;
- **per Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia.

### **Indennizzo**

La somma dovuta dalle Imprese di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza, a seguito del verificarsi di un sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, all'estinzione del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito.



## **Infortunio**

L'infortunio è un evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e indennizzabili a termini del Contratto di Assicurazione.

## **Intermediario**

- Agos Ducato S.p.A., Contraente della Convenzione;
- Filiale della Banca del **Gruppo Banco BPM**, incaricata da Agos Ducato S.p.A. alla distribuzione della presente Polizza Collettiva, ai clienti che hanno richiesto un Contratto di Apertura di Credito Revolving alla Contraente;

## **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (IPT)**

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativa alla presente Copertura Assicurativa. La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

## **IVASS**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, e subentrata ad IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135. L'IVASS svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

## **Lettera di Benvenuto**

Lettera inviata dalla Contraente all'Assicurato successivamente alla Decorrenza della Copertura Assicurativa.

## **Malattia**

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

## **Margine di Solvibilità**

Rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria dell'Impresa di Assicurazione; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dall'Impresa nei confronti degli Assicurati.

## **Modulo di Adesione**

Il Modulo sottoscritto dall'Assicurato, mediante la quale avviene l'adesione alle presenti Coperture Assicurative.

## **Periodo di Franchigia Assoluta**

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

## **Periodo di Riqualificazione**

Un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale, liquidabile 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 per Inabilità Temporanea Totale.

### **Polizze**

Le Polizze Collettive n. 3449 e n. 59.363, stipulate da AGOS DUCATO S.p.A., rispettivamente con Vera Assicurazioni S.p.A. e Vera Protezione S.p.A., disciplinata dalle seguenti Condizioni Generali cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato sottoscrivendo il Modulo di Adesione al Programma Assicurativo.

### **Premio**

Le somme dovute alle Imprese di Assicurazione, a fronte delle Coperture Assicurative prestate. Il premio viene pagato mensilmente e viene determinato in percentuale sull'importo del debito residuo in linea capitale del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile.

### **Premio puro**

Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione.

### **Programma Assicurativo**

L'insieme delle coperture assicurative prestate dalle Imprese di Assicurazione.

### **Rata Mensile**

È la Rata di rimborso mensile del Contratto di Apertura di Credito Revolving. La rata mensile non potrà essere inferiore ad una percentuale del saldo in linea capitale del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo in linea capitale della Carta di Credito.

### **Sinistro**

Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018

## 5. INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'Art.13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

La Società Vera Assicurazioni S.p.A., con sede in (Verona), Via Carlo Ederle 45, e la Società Vera Protezione S.p.A. con sede in (Verona), Via Carlo Ederle 45 **quali Contitolari dei trattamenti sotto indicati (di seguito i Contitolari)**, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite i contraenti/aderenti/assicurati/ <sup>(1)</sup>, anche agli eventuali interessati <sup>(2)</sup>:

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
- i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dai Contitolari in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale, forniscono le seguenti informazioni.

### DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi <sup>(3)</sup>, immagini e/o video, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari e dati relativi alla salute, relativi all'interessato o a terzi <sup>(4)</sup>, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

- 1. per finalità assicurative/liquidative dei Contitolari** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari <sup>(5)</sup> e conseguenti <sup>(6)</sup> (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui i Contitolari possano avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti <sup>(7)</sup> alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui sono soggetti i Contitolari <sup>(8)</sup>; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte dei Contitolari e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
- 2. per finalità di legittimo interesse di marketing di ciascun Contitolare**, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto <sup>(9)</sup>, salvo opposizione <sup>(10)</sup>, così da farvi conoscere i prodotti/servizi di ciascun Contitolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;
- 3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito [www.cattolica.it](http://www.cattolica.it)), di comunicazione dei dati alle società facenti parte, che li tratteranno per proprie finalità di marketing, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto <sup>(11)</sup>;**
- 4. se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata da ciascun Contitolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per**

<sup>(1)</sup> anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

<sup>(2)</sup> ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

<sup>(3)</sup> quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, denominazione e sede, etc;

<sup>(4)</sup> quali ad esempio conviventi, familiari, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

<sup>(5)</sup> quali ad esempio la stesura di preventivi;

<sup>(6)</sup> quali ad esempio analisi tariffarie;

<sup>(7)</sup> quali ad esempio la verifica della qualità percepita del servizio, con riferimento a richieste pervenute e al miglioramento del servizio reso;

<sup>(8)</sup> quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, etc. (inclusi gli adempimenti IDD previsti dalla Direttiva Europea 2016/97/UE) etc.;

<sup>(9)</sup> di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web, ed anche attraverso i soli dati di contatto forniti dall'interessato o eventualmente reperiti dai profili pubblici nei social network;

<sup>(10)</sup> cfr Capitolo "Diritti dell'Interessato";

<sup>(11)</sup> vedi nota 9;

**formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto** <sup>(12)</sup>. La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo *social*. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di *marketing* ed i ciascun Contitolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di *marketing* personalizzate di ciascun Contitolare.

**5. se acconsentite, per finalità di invio, effettuato da ciascun Contitolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto** <sup>(13)</sup>, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche <sup>(14)</sup> per finalità di *marketing*;

Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica.

**6. se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati, da parte di ciascun Contitolare, a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** <sup>(15)</sup>, che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto <sup>(16)</sup>, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.

## **MODALITA' DI TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici ad opera di soggetti designati Responsabili ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica che, facendo parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

## **COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO**

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, *broker*, intermediari, medici fiduciari consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, e nell'eventualità INPS; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc..

Ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, i dati possono essere comunicati per il perseguimento delle finalità di cui al punto 6, solo a seguito del conferimento degli appositi consensi facoltativi. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra UE*, a soggetti che collaborano con i Contitolari e con le altre società del Gruppo Cattolica.

## **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi ai Contitolari del trattamento e per essi al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email [dpo@cattolicaassicurazioni.it](mailto:dpo@cattolicaassicurazioni.it), come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue

---

<sup>(12)</sup> vedi nota 9;

<sup>(13)</sup> vedi nota 9;

<sup>(14)</sup> editoria, automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia;

<sup>(15)</sup> vedi nota 14;

<sup>(16)</sup> vedi nota 9;

(quali, ad esempio, quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento o l'opporci, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi dell'art. 20 del Reg.Ue, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica.

## **TEMPI DI CONSERVAZIONE**

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescrizionali e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento esercitabile per le finalità di *marketing* e promozionali in qualsiasi momento. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

## **NATURA DEL CONFERIMENTO**

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità di cui al punto 1, necessari agli adempimenti contrattuali e normativi, e alle finalità di cui ai punti 2 e 3; per gli altri dati il conferimento è facoltativo, ma in difetto i Contitolari non potranno dar corso alle operazioni di trattamento descritte.

Si precisa che:

- o sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4<sup>(17)</sup>, 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;
- o per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo "Diritti dell'interessato", ed anche nei confronti di un solo Contitolare, cui si rinvia;
- o il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi <sup>(18)</sup>, comportano solo l'impossibilità per ciascun Contitolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- o i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell'interessato.

**I Contitolari r.l.p.t.**

Data ultimo aggiornamento 25 maggio 2018

---

<sup>(17)</sup> così anche da poter inviare e predisporre comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare

<sup>(18)</sup> tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del Codice Privacy e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati.



# Vera Assicurazioni S.p.A. Vera Protezione S.p.A.

Presa visione e ricevuta copia della documentazione informativa ex art.56 Reg. IVASS n° 40/2018 (allegati 3 e 4)

**CPI REVOLVING - CREDIT PROTECTION (CPI) A PREMIO MENSILE ABBINABILE ALLA LINEA I CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO - TARIFFA CPAB  
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA  
POLIZZE COLLETTIVE N. 3449 Vera Assicurazioni S.p.A. E N. 59.363 Vera Protezione S.p.A.  
CONTO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO n°.....**

**Il presente Contratto di Assicurazione è facoltativo e non è necessario per ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte  
MODULO DI ADESIONE**

## ASSICURATO

Cognome e nome: ..... Codice Fiscale: .....  
Comune di nascita: ..... Data di nascita: ..... Sesso: .....  
Indirizzo: ..... C.a.p. - Città - Provincia: .....  
Identificato con il seguente documento: ..... Numero: .....  
Rilasciato da: ..... Luogo: ..... il: .....  
Professione: ..... Attività economica: Gruppo/Ramo ..... Sottogruppo .....  
Email ..... numero telefonico .....

L'importo del premio è pari allo 0,40% sul saldo mensile in linea capitale. I costi totali a carico dell'Assicurato sono pari al 56% di ciascun premio mensile versato al netto delle imposte. Le provvigioni percepite dall'Intermediario sono pari al 89,29% del costo totale a carico dell'Assicurato ovvero il 50% del premio imponibile.

## DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- preso consegna e preventiva conoscenza del Documento Informativo Precontrattuale Danni (redatto in conformità al Regolamento di esecuzione UE 2017/1469), del Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione, del Glossario e dell'Informativa in materia di Protezione dei Dati Personali, nonché del presente Modulo di Adesione, che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Assicurato:

- **prende atto** che Agos Ducato ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
  - a Vera Protezione S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause,
  - a Vera Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
    - o invalidità totale permanente da infortunio o malattia,
    - o inabilità temporanea totale da infortunio o malattia,in relazione ai Contratti di Apertura di Credito Revolving;
- **dichiara** di aderire alle Polizze Collettive indicate che prevedono il versamento di premi mensili calcolati secondo le modalità riportate nel Fascicolo Informativo. I premi assicurativi, sono versati per conto dell'Assicurato mensilmente da Agos Ducato alle Imprese di Assicurazione e quindi addebitati da Agos Ducato sul Conto Revolving o Carta di Credito dell'Assicurato e vengono rimborsati dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Apertura di Credito Revolving;
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- dichiara di essere a conoscenza dei requisiti di assicurabilità riportati all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ;
- **prende atto** che a fronte del pagamento del premio le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving o Carta di Credito, a condizione che il Contratto di Apertura di Credito Revolving sia stato perfezionato;
- **dichiara** di essere a conoscenza che Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia è l'Assicurato stesso;
- **dichiara** di designare quale Beneficiario per la Copertura Caso Morte il Coobbligato (Garante) al momento del sinistro, se previsto all'interno del Contratto di Apertura di Credito Revolving al quale si riferisce il Programma Assicurativo. Se il Coobbligato (Garante) non è previsto, Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coniuge non separato legalmente al momento del sinistro, se presente. In assenza al momento del sinistro di Coobbligato o di Coniuge non separato legalmente, Beneficiari per la Copertura Caso Morte sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato salvo diversa indicazione comunicata ai sensi dell'Art.10 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI;
- **prende atto** di poter recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. L'eventuale Premio pagato, al netto delle eventuali imposte, verrà rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

### Vera Assicurazioni S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

### Vera Protezione S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019





- **Dichiara** di aver ricevuto la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente in modalità (indicare il supporto durevole):
  - Cartaceo
  - Sito della Compagnia come indicato nell'informativa precontrattuale
  - Email

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI SPECIFICHE:**

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione:

Art.3: "Requisiti di Assicurabilità"; Art. 4: "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio"; Art. 5: "Decorrenza e durata della copertura assicurativa"; Art.6: "Diritto di recesso"; Art.7: "Limiti di Indennizzo"; Art.10: "Beneficiari delle Prestazioni"; Art.11: "Denuncia del sinistro"; Art.19: "Cessione dei diritti"; Art.23: "Controversie"; Art.25: "Prestazioni Assicurate"; Art.26-31-35: "Esclusioni"; Art.30-34: "Indennizzo".

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARO CHE**

- sono consapevole che l'adesione alla Polizza è facoltativa;
- mi è stato presentato l'apposito Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del Contratto rispetto alle mie esigenze e dei soggetti designati come Beneficiari.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

**ADEGUATA VERIFICA**

Si rammenta all'assicurato l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007, di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire all'impresa di assicurazione e all'Intermediario di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara:

- il beneficiario fa parte del proprio nucleo familiare o è convivente o ha rapporti d'affari con il sottoscritto;
- di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, confermando di essere il titolare effettivo dell'operazione.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

**PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RIFERITA ALL'ASSICURATO VERSO VERA ASSICURAZIONI S.p.A. – VERA PROTEZIONE S.p.A**

Preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione da **VERA ASSICURAZIONI S.p.A. – VERA PROTEZIONE S.p.A.**, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati ai Contitolari riferiti a terzi, con riferimento:

al trattamento dei dati personali e particolari anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, da parte dei Contitolari e di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso;

Il sottoscritto, con la sottoscrizione presta esplicito consenso al trattamento dei dati personali e particolari anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa anche da parte dei soggetti indicati nell'informativa, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale anche extra UE.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

**PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI VERSO AGOS DUCATO S.p.A.**

Preso visione dell'Informativa in materia di protezione dei dati personali messa a disposizione da AGOS DUCATO SPA e allegata al contratto di Finanziamento, con riferimento:

al trattamento dei miei dati personali, ivi compresi i dati sulla salute, per le Finalità Funzionali alla Stipula della Copertura Assicurativa ivi indicate, e consapevole che il trattamento dei miei dati è necessario per dette finalità, qualora abbia richiesto di ottenere una copertura assicurativa, acconsento a tale trattamento.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS N° 231 DEL 2 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. E AL REGOLAMENTO IVASS 5 DEL 21.07.14**

**TITOLARE EFFETTIVO**

**Art 2 comma 1 lett. y Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Titolare effettivo)**

"1)La persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo; 2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto ed a quello del presente Regolamento;"

**Art 28 Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Contratto per conto altrui)**

"Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo."

Data ultimo aggiornamento: 1 ottobre 2018



## **Vera Assicurazioni S.p.A.**

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it  
Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale  
e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della  
Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio  
delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del  
17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica  
Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

## **Vera Protezione S.p.A.**

Sede legale in Italia Via Carlo Ederle 45 37126 Verona Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it  
Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale  
e Partita IVA 05913510961 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della  
Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio  
delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di  
Assicurazione n. 1.00171 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi  
assicurativi presso IVASS al n. 019