CARIGE DOMANI
Mutuo

FASCICOLO INFORMATIVO

Mod. 141 BA – ediz. 0513

SOMMARIO

COPERTURA VITA FORNITA DA CARIGE VITA NUOVA

- NOTA INFORMATIVA
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
- GLOSSARIO
- INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003

COPERTURA DANNI FORNITA DA CARIGE ASSICURAZIONI SPA

- NOTA INFORMATIVA
- GLOSSARIO
- INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CARIGE VITA NUOVA ASSICURAZIONI

Società per Azioni - Fondata nel 1971 - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo Banca Carige, iscritto con il n° 044 all'Albo dei Gruppi Assicurativi istituito presso l'IVASS, ed assoggettata a direzione e coordinamento del socio unico Banca Carige S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale: **Italia** - Via G. D'Annunzio, 41 - 16121 GENOVA - Telefono 010.5498.1 - Telefax 010.5498518 Capitale Sociale Euro 124.878.689,00 interamente versato - Registro delle Imprese di Genova e Codice Fiscale - n° 01739640157 e Partita IVA 03723300103 - R.E.A. 373333 - Albo Imprese 1.00039 Impresa autorizzata con decreto del Ministero - dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato - del 14-3-73 (G.U. del 19-4-73 n° 103) - www.carigevitanuova.it - e-mail: info@carigevitanuova.it

CARIGE ASSICURAZIONI

Società per Azioni - Fondata nel 1963 - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Banca Carige, iscritto con il n. 044 all'Albo dei Gruppi Assicurativi istituito presso l'IVASS, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Carige Vita Nuova S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale: Italia - Viale Certosa, 222 - 20156 MILANO - Tel. 02.3076.1 - Telefax 02.3086125 - Cap. Soc. euro 162.894.160,00 int. versato - Cod. Fisc. e Numero d'iscrizione al Registro delle Imprese di Milano: 01677750158 Partita IVA 01677750158 - R.E.A. 624493 - Numero d'iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'Isvap: 1.00031 - Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n° 93) www.carigeassicurazioni.it

Impresa di Assicurazione Vita
capogruppo del Gruppo Assicurativo Banca Carige

FASCICOLO INFORMATIVO

CARIGE DOMANI
Mutuo

COPERTURA VITA FORNITA DA CARIGE VITA NUOVA S.P.A.

Contratto di assicurazione sulla vita temporanea per il caso di morte in forma collettiva a premio unico e capitale decrescente mensilmente in funzione del debito residuo di rate temporanee certe

Il presente Fascicolo, contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario deve essere consegnato all'Aderente dal Contraente prima della sottoscrizione della Scheda di Adesione alla Polizza collettiva.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Mod. 141 BA – ediz. 0513

1) NOTA INFORMATIVA

Documento aggiornato al 15 Maggio 2013

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Carige Vita Nuova S.p.A. - con sede legale in Via G. D'Annunzio, 41 - 16121 Genova - Italia, capogruppo del Gruppo Assicurativo Banca Carige, iscritto con il n. 044 all'Albo dei Gruppi Assicurativi istituito presso l'IVASS ed assoggettata a direzione e coordinamento del socio unico Banca Carige S.p.A., telefono 010.5498.1, sito internet www.carigevitanuova.it, e-mail: info@carigevitanuova.it - è un'impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 14.03.1973, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 19.04.1973 n. 103.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

In relazione all'ultimo bilancio approvato al 31 dicembre 2012, il patrimonio netto ammonta a 264,6 milioni di euro, il Capitale Sociale è pari a 124,8 milioni di euro e le Riserve patrimoniali sono pari a 89,9 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito al 31 dicembre 2012, inteso come rapporto tra Margine di solvibilità disponibile di 238.155 euro e Margine di Solvibilità richiesto dalla normativa vigente di 158.816 euro, è pari al 149,96%.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni Assicurative

Le prestazioni assicurative di seguito indicate sono operanti per tutta la durata dell'Assicurazione, ovvero per l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza. Le prestazioni assicurative sono predisposte per durate comprese tra 3 e 30 anni e le adesioni possono essere sottoscritte a partire dall'età di 18 anni sino a 72 anni compiuti e sempre che l'età a scadenza non superi i 75 anni.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- Prestazione in caso di decesso dell'assicurato. Per maggiori dettagli relativi alle singole prestazioni si rinvia all'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: sono possibili esclusioni delle coperture assicurative; si rimanda per i dettagli all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

Si raccomanda al Contraente di far leggere attentamente agli Aderenti le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Scheda di Adesione relative alla compilazione del questionario sanitario.

4. Premi

Il premio pagato dall'Aderente/Assicurato non varia in funzione del sesso dell'Assicurato ed è determinato in relazione al livello della garanzia prestata, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, al suo stato di salute, all'attività professionale, sportiva eventualmente praticata ed al livello (amatoriale, agonistico..); il premio è inoltre in funzione del tasso e della periodicità di ammortamento del mutuo stipulato con la Banca del Gruppo Banca Carige.

A fronte delle garanzie prestate, il Contraente in nome e per conto del singolo Aderente dovrà corrispondere alla Società un premio in un'unica soluzione (premio unico) in via anticipata alla data di decorrenza dell'assicurazione.

Il pagamento avviene con addebito sul conto corrente intestato all'Aderente presso la Banca del Gruppo Banca Carige. Non è contemplata altra modalità di pagamento del premio unico poiché il presente contratto è una polizza speciale che prevede come Aderente il singolo Mutuatario delle Società appartenenti al Gruppo Banca Carige.

Nel presente contratto non ci sono costi a carico del Contraente; vengono riportati a seguire i costi a carico del debitore/Assicurato:

Costi in percentuale del premio

È previsto un caricamento percentuale pari al 45% del premio.

Dall'ammontare complessivo dei suddetti costi fanno parte le spese di emissione del contratto pari a 25 euro.
La Società applica, in caso di recesso da parte del Contraente, 25 euro a titolo di spese sostenute per l'emissione del contratto.

------oooooooo------

La quota parte percepita in media dall'intermediario è rappresentata dal 77% dei costi complessivi.
In valore assoluto, relativamente all'anno 2012, sui presenti contratti gli intermediari hanno percepito 0,8 milioni di Euro.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo l'Impresa restituisce al debitore/Assicurato la parte di premio pagato e "non goduto" relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa la Società, sempre su richiesta del debitore/Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato.

Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili
Nella presente tariffa non è prevista partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi
6.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente
Come riportato al precedente punto 4., non è previsto alcun costo a carico del Contraente, in quanto il premio è pagato dal Debitore/Assicurato

7. Sconti
Il presente contratto non prevede sconti.

8. Regime fiscale

Imposta sui premi
I premi delle assicurazioni sulla vita non sono, al momento della stipulazione del presente contratto, soggetti ad imposta.

Detrazione fiscale dei premi
Le assicurazioni in forma Temporanea Caso Morte danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.

In particolare, ai sensi del D.Lgs. 47/2000, relativamente ad ogni periodo di imposta (normalmente coincidente con l'anno solare), a fronte dei premi relativi alle Assicurazioni in forma Temporanea Caso Morte, versati in tale periodo, è attualmente consentita una detrazione di imposta del 19% dei premi versati fino ad un importo massimo di 245,32 euro, ottenuto applicando l'aliquota del 19% all'importo massimo di 1.291,14 euro.

In virtù della riduzione di imposta della quale il Contraente viene a beneficiare, il costo effettivo dell'assicurazione risulta inferiore al premio versato.

Tassazione delle somme assicurate
Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti da Irpef e dall'imposta sulle successioni, se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato.

Non pignorabilità e non sequestrabilità
Le somme dovute dalla Società in dipendenza di contratti di assicurazioni sulla vita non sono né pignorabili né sequestrabili (art. 1923 C.C.).

Diritto proprio del Beneficiario
Per effetto della designazione fatta dal Contraente, il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. In particolare ciò significa che le somme percepite a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario (art. 1920 C.C.).

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

10. Risoluzione del contratto per sospensione pagamento premi

Essendo il premio corrisposto in un'unica soluzione al momento del perfezionamento del contratto non si può parlare di sospensione del pagamento dei premi.

11. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede riscatto e riduzione.

12. Diritto di recesso

Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 209/2005, l'Aderente può recedere dal rapporto contrattuale entro trenta giorni dalla conclusione del contratto. Al fine di esercitare il diritto di recesso l'Aderente deve inviare, entro il suddetto termine, una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto, con la quale dichiara di voler recedere dal contratto di assicurazione, indirizzata al seguente recapito:

CARIGE VITA NUOVA S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Gabriele D'Annunzio, 41
16121 GENOVA GE

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Aderente (previa consegna dell'originale della Scheda di Adesione) il premio versato al netto di euro 25,00 a titolo di spese sostenute per l'emissione del contratto.

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

I pagamenti dovuti dalla Società ai Beneficiari possono essere effettuati solo in seguito al ricevimento da parte della stessa della documentazione prevista all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società esegue tutti i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Società e decorso il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi moratori, calcolati al tasso legale, a favore degli aventi diritto.

Avvertenza: *Fatto salvo quanto previsto al comma 1, ai sensi dell'art. 2952 comma 2 c.c., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.*
Si rammenta inoltre che, ai sensi dell'art. 1 comma 345 quater, legge n.266 del 2005, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti ramo vita, che non sono reclamati entro il termine di prescrizione sopra indicato, sono devoluti al fondo di cui al comma 343 istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto viene redatto in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

16. Reclami

Secondo quanto previsto dal D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e del Regolamento IVASS n. 24/2008, in caso di:
- mancata osservanza, da parte della compagnia e/o dei suoi intermediari e/o dei periti fiduciari, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi;
- liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari, per le quali si chiede l'attivazione della rete fin-net (risoluzioni extragiudiziali delle controversie), gli utenti assicurativi, sia persone fisiche che giuridiche - e

le associazioni riconosciute per la rappresentanza degli interessi dei consumatori, possono presentare reclamo per iscritto, anche a mezzo fax o e-mail a:

Carige Vita Nuova S.p.A.
Ufficio Reclami Via G. D'Annunzio, 41
16121 Genova
e-mail reclami@carigevitanuova.it
Fax n. 0105498815

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:
- nome, cognome e domicilio del reclamante, sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante. In quest'ultimo caso **è necessaria la controfirma del reclamante,** per consentire il trattamento di informazioni a carattere personale del soggetto nel cui interesse viene proposto il reclamo.
- identificazione del soggetto e della funzione aziendale di cui si lamenta l'operato
- breve descrizione del motivo della lamentela.

Ogni documentazione utile o necessaria a sostegno della lamentela presentata, deve essere unita in allegato.

Il reclamo in prima battuta deve essere inviato all'Impresa, che è tenuta a riscontrare il reclamante entro 45 giorni dal pervenimento del reclamo in Società.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - Fax n. 06.421.33.353/745), corredando l'esposto di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto. L'IVASS, effettuata la necessaria istruttoria, dà notizia dell'esito della stessa entro 120 giorni dal ricevimento del reclamo.

Si ricorda che:
- in relazione alle controversie già rimesse alla valutazione del magistrato, **permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria,** oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti;
- in caso di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello del paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto, individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

17. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente eventuali variazioni dei contenuti della Nota Informativa intervenute per effetto di modifiche della normativa successive alla conclusione del contratto collettivo.

18. Comunicazioni del Contraente alla Società

Il debitore/Assicurato ed il Contraente sono tenuti a comunicare tempestivamente alla Società - mediante raccomandata - le modifiche di attività professionali o sportive dell'Assicurato stesso, avvenute nel corso della durata contrattuale.

Qualora il cambiamento di professione o attività comporti un aggravio del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva di applicare quanto previsto all'art. 1926 C.C..

19. Conflitto di interessi

Relazioni industriali del business

Carige Vita Nuova S.p.A. è controllata da Banca Carige S.p.A., che possiede il 100% delle azioni e svolge attività di emissione, promozione, organizzazione di prodotti Assicurativo - finanziari.

Carige Vita Nuova distribuisce i prodotti alla clientela utilizzando quali collocatori gli sportelli bancari di Banca Carige S.p.A. e delle altre banche del gruppo e gli agenti di assicurazione iscritti al Registro Unico Intermediari dell'IVASS.

La gestione finanziaria, amministrativa, tecnico - attuariale e liquidativa è svolta dalla Società.

Natura dei conflitti d'interesse
In linea generale, conflitti di interesse possono nascere in relazione ai rapporti partecipativi che sussistono tra le società coinvolte, nel cui quadro avviene la proposizione/distribuzione di contratti Assicurativi, la gestione finanziaria e l'attività di consulenza. Più in dettaglio, area di potenziale conflitto è rappresentata dalla politica d'investimento: le scelte d'investimento in strumenti finanziari possono confluire su titoli collegati al gruppo Banca Carige.

Le procedure di gestione del conflitto di interesse seguite dalla Società sono rivolte a limitare lo scambio di informazioni tra soggetti coinvolti in attività in potenziale conflitto, cui viene imposto l'obbligo di non scambiare informazioni ottenute nell'ambito della propria attività lavorativa. Inoltre, le politiche d'investimento prevedono limiti, totali o parziali, in base alle specifiche tipologie di attivo ed ai rispettivi parametri di rischio.

Principi di gestione dei conflitti d'interesse
La Società e gli altri soggetti prestatori di servizi ai fini della gestione dei conflitti d'interesse assumono **l'impegno ad operare, pur in presenza di conflitti di interesse, in modo da non recare pregiudizio** al Contraente ed al fine di ottenere il miglior risultato possibile. Essi operano in modo da contenere i costi a carico dei contraenti e si astengono dal proporre operazioni con frequenza non necessaria alla realizzazione degli obiettivi Assicurativi. La Società si astiene inoltre da ogni comportamento che avvantaggi alcuni clienti a danno di altri. L'attività di gestione finanziaria viene svolta in modo da garantire **le migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni.**

I responsabili delle singole strutture aziendali sono incaricati di vigilare sull'insorgenza di conflitti d'interesse derivanti dall'operatività effettuata dalla struttura e dalle risorse da essi coordinate. Nell'ambito del perimetro di attività e dell'autonomia ad essi riconosciuta, gli uffici incaricati di mansioni di Controllo Interno hanno facoltà di eseguire verifiche ed altre attività di controllo opportune al governo dei conflitti d'interesse, in particolare il rispetto e la regolare applicazione delle procedure adottate per la gestione e l'eventuale disclosure dei conflitti d'interesse individuati.

Di seguito sono descritte le principali casistiche identificabili quali fattori di potenziale conflitto di interessi.

a. Gestione degli attivi
La Società gestisce le attività a copertura delle riserve tecniche.
La Società opera in modo da evitare situazioni di potenziale conflitto di interessi e realizza un monitoraggio continuo delle operazioni per garantire che siano effettuate alle migliori condizioni possibili di mercato con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni stesse.

b. Investimenti
Il patrimonio delle gestioni separate può essere investito anche in strumenti finanziari emessi e/o gestiti da società facenti parte del Gruppo Banca Carige o con cui il Gruppo stesso intrattiene rapporti di affari rilevanti. La quota massima detenibile di strumenti finanziari della specie è, come si evince dal Regolamento della Gestione Separata, ove presente, soggetta ad un limite massimo del 10% che l'Impresa intende rispettare a tutela dei contraenti.

c. Retrocessione di commissioni
Relativamente alla gestione patrimoniale collegata al contratto, la Società non ha attualmente in essere accordi che prevedono la retrocessione da parte di soggetti terzi di commissioni o altri proventi.
Comunque, la Società si impegna a riconoscere ai contraenti eventuali introiti derivanti dalla retrocessione di commissioni o altri proventi conseguiti a seguito di futuri accordi stipulati con soggetti terzi. In tale eventualità, prima della stipula dei contratti, ai contraenti verranno fornite informazioni specifiche, complete e corrette in merito agli eventuali benefici retrocessi agli Assicurati.
L'impegno della Società è in ogni caso volto ad ottenere per i contraenti il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di tali accordi.

d. Negoziazione di titoli effettuata con soggetti facenti parte del Gruppo o con cui il Gruppo intrattiene rapporti d'affari rilevanti
Le operazioni di compravendita possono essere effettuate anche con soggetti facenti parte del Gruppo o con cui il Gruppo intrattiene rapporti di affari rilevanti. Per quanto concerne le commissioni di negoziazione applicate dalle controparti a fronte di operazioni effettuate sui mercati finanziari, tutte le operazioni saranno eseguite alle migliori condizioni di mercato.

La Società in ogni caso si impegna in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei contraenti.

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

CARIGE VITA NUOVA S.p.A.
Il Direttore Generale
(Dott. Roberto Laganà)

2) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Documento aggiornato al 15 Maggio 2013

Art. 1 Prestazioni assicurate

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento, alla scadenza della prima rata di ammortamento coincidente o successiva alla data del decesso, del debito residuo di rate temporanee certe calcolate in funzione dei parametri riportati nella Scheda di adesione.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza indicata nella Scheda di adesione, questa si intende estinta ed il premio pagato resterà acquisito alla Società.
Per debito residuo si intende il valore attuale finanziario anticipato delle rate temporanee certe di ammortamento del capitale assicurato, con scadenza coincidente o successiva alla data di decesso, calcolato al tasso annuo di ammortamento indicato nel certificato di assicurazione. Eventuali rate scadute e non pagate o una diversa pattuizione del piano di rimborso stabilito inizialmente non modificano l'importo dell'indennità.

Art. 2 - Limitazioni e condizioni della copertura assicurativa in caso di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, salve le esclusioni e le limitazioni di seguito riportate.

2.1 Esclusioni

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

a) attività dolosa del Contraente, dell'Aderente/Assicurato o del Beneficiario;
b) partecipazione dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi;
c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
d) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
e) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
f) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
g) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
h) attività sportive pericolose, non dichiarate come praticate alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente.

In questi casi, ad eccezione di quello indicato alla lettera a) per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società corrisponde una prestazione pari al solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso, in luogo di quelle previste all'Art. 1.
È altresì escluso dalla garanzia il decesso, avvenuto entro i primi sette anni dalla data di decorrenza dell'assicurazione, causato da sindrome di immunodeficienza (AIDS) o ad altra patologia ad essa collegata. In questo caso, la Società paga una somma pari all'ammontare del premio versato.

2.2 Condizioni di assunzione del rischio derivante dal contratto

La Società, ai fini dell'assunzione del rischio, richiede obbligatoriamente la visita medica relativamente ad un capitale assicurato superiore a 150.000,00 euro. Inoltre, la Società si riserva di richiedere:

- ulteriore documentazione sanitaria qualora dal questionario anamnestico emergano particolari fattori di rischio;
- accertamenti sanitari particolari in funzione dell'ammontare della prestazione assicurata.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio, la Società si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio;

ovvero

- stabilire l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi;

ovvero
- richiedere ulteriore documentazione.

La Società non si fa carico degli oneri derivanti dallo svolgimento degli accertamenti sanitari richiesti e dalla presentazione della visita medica.
Nel caso in cui dal questionario anamnestico emergano dichiarazioni relative ad attività professionali, extra-professionali o sportive dell'Assicurando che potrebbero aggravare il rischio assumibile dalla Società, la stessa si riserva la facoltà di:
- richiedere ulteriori informazioni al riguardo anche dietro compilazione da parte dell'Assicurando di questionari specifici sulle attività svolte;

ovvero
- stabilire l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione del rischio in esame.

Art. 3 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato
Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa:
a) quando esiste malafede o colpa grave, ha diritto:
- di rifiutare, in caso di sinistro e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;
- di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

b) quando non esiste malafede o colpa grave, ha diritto:
- di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato;
- di recedere dagli obblighi derivanti dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Il tutto ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 c.c. a cui si rimanda per le parti non previste dal presente articolo.
L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art. 4 - Modalità di perfezionamento ed entrata in vigore dell'assicurazione
L'adesione si considera perfezionata e conclusa nel momento in cui l'Aderente riceve il certificato di assicurazione quale attestazione dell'avvenuta accettazione della Scheda di adesione e a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito, dalle ore 24 del giorno in cui la Scheda di adesione sia stata sottoscritta dalla Società e dall'Aderente.
Qualora la Scheda di adesione preveda una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24 del giorno previsto.
Entro 15 giorni dalla data di sottoscrizione della Scheda di adesione, la Società è tenuta a confermare la validità della stessa mediante l'emissione di un certificato di assicurazione che verrà inviato al domicilio del Cliente.
La mancata erogazione del finanziamento previsto comporta l'annullamento della Scheda di adesione e la totale cessazione di ogni garanzia contrattuale.
L'eventuale premio pagato sarà in questo caso integralmente restituito all'Aderente.

Art. 5 - Limiti di età dell'Aderente/Assicurato
Le adesioni possono essere sottoscritte a partire dall'età di 18 anni sino a 72 anni compiuti e sempre che l'età a scadenza non superi i 75 anni.

Art. 6 - Premio Unico - Pagamento del premio
Le prestazioni assicurate sono garantite a condizione che il Contraente abbia in nome e per conto degli Aderenti regolarmente corrisposto il premio unico. Il premio unico è dovuto in via anticipata alla data di decorrenza delle prestazioni indicata nella Scheda di adesione.
Il premio è dovuto dal Contraente alla Società in un'unica soluzione al momento del perfezionamento del contratto ed in via anticipata alla data di decorrenza dello stesso.

Art. 7 - Estinzione anticipata o trasferimento del mutuo
In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo la copertura assicurativa cessa alle h. 24.00 del giorno di perfezionamento dell'estinzione o di trasferimento del mutuo.
Il debitore/Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di premio pagato per il periodo per il quale il

rischio è cessato, che è il periodo residuo tra la data di estinzione o trasferimento del mutuo e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione.

La parte di premio che la Compagnia restituisce al Debitore/Assicurato è rappresentata dalla somma delle due seguenti componenti:

- **componente relativa al caricamento** si ottiene moltiplicando l'importo dei costi (come indicati al punto - 4. Premi - della Nota Informativa) al netto delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto (25 euro) e delle spese per il rimborso del premio (2% del premio), per il rapporto tra la durata in anni e frazione di anno mancanti alla scadenza del contratto di assicurazione e la sua durata complessiva espressa in anni e frazione di anno.
- **componente relativa al premio puro** si ottiene moltiplicando l'importo del premio versato, diminuito dell'importo dei costi (come indicati al punto - 4. Premi - della Nota Informativa), per il rapporto tra gli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza del contratto di assicurazione e la durata complessiva espressa in anni e frazione di anno ulteriormente moltiplicato per il rapporto, non superiore a 1, tra capitale assicurato all'epoca di estinzione della polizza e il capitale assicurato iniziale.

Effettuato il rimborso le garanzie assicurative si risolvono e nulla è più dovuto dalla Società a qualsiasi titolo.
Il debitore/Assicurato ha altresì la facoltà di richiedere, contestualmente all'estinzione anticipata del finanziamento, che la copertura assicurativa rimanga in vigore fino alla scadenza contrattuale a favore del beneficiario designato.

La copertura assicurativa resterà in vigore secondo il piano originariamente sottoscritto in favore del beneficiario che il debitore/Assicurato ha espressamente designato o, in mancanza, degli eredi legittimi.
In caso di estinzione anticipata parziale o rinegoziazione delle variabili (tasso di interesse, durata e scadenza del mutuo originario) la copertura assicurativa resta in vigore alle condizioni pattuite e indicate nell'originario modulo di adesione.

Art. 8 Beneficiari
L'Aderente designa i Beneficiari del capitale assicurato ed in qualsiasi momento può revocare o modificare tale designazione.

Ai sensi degli artt. 1920 e 1921 c.c., successivamente alla stipulazione del contratto, è possibile modificare o revocare la designazione del beneficiario con dichiarazione scritta comunicata all'Assicuratore direttamente a mezzo posta o tramite l'intermediario. La revoca o la modifica possono essere fatte anche con testamento, a condizione che il testatore abbia espressamente attribuito la somma dovuta in forza della polizza vita a favore di una determinata persona ovvero abbia comunque espresso chiaramente la propria volontà di modificare o revocare la designazione del beneficiario richiamando la polizza stipulata. Ai sensi dell'art. 1921 c.c., la revoca o la modifica del beneficio non può essere fatta:

- dagli eredi dopo la morte dell'Aderente;
- dopo che si è verificato l'evento, qualora il Beneficiario abbia dichiarato di voler profittare del beneficio;
- quando l'Aderente ha rinunciato per iscritto al potere di revoca e il Beneficiario ha dichiarato all'Aderente di voler profittare del beneficio, purché la rinuncia dell'Aderente e la dichiarazione del Beneficiario siano comunicate per iscritto all'Assicuratore.

In tali casi, le operazioni di riscatto, pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.
Nel caso di anticipata estinzione del finanziamento, come previsto al precedente Art. 7 – comma 5, il capitale assicurato sarà eventualmente liquidato ai Beneficiari espressamente designati dal debitore/Assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi.

Art. 9 Pagamenti della Società
Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato devono essere preventivamente consegnati alla Società i seguenti documenti:
- Scheda di adesione ed eventuali appendici;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su modulo fornito dalla dipendenza della Banca ove l'Assicurato intratteneva rapporto di c/c;
- copia delle cartelle cliniche, in caso di ricovero ospedaliero; relazione dell'Autorità Giudiziaria, cronache giornalistiche o altra documentazione reperibile sulle cause del decesso nel caso l'evento si sia verificato per causa diversa dalla malattia.

- copia del testamento se esiste o atto notorio che indichi che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e contenga l'individuazione degli aventi diritto;
- fotocopia di un documento valido e codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- nel caso in cui tra i Beneficiari risultino Minori, Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione del capitale e ne determini l'impiego.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo, laddove il debitore/Assicurato richieda la restituzione della parte di premio pagato non "goduta", dovrà restituire alla Società i documenti assicurativi in suo possesso, Scheda di adesione ed eventuali appendici.

La Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, calcolati a partire dal giorno in cui la Società è entrata in possesso della documentazione completa.

Ogni pagamento viene effettuato presso la Banca aderente al GRUPPO BANCA CARIGE che gestisce il contratto collettivo.

Art. 10 Tasse e imposte
Tasse e imposte relative al contratto sono a carico dell'Aderente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 11 Diritto di recesso dal contratto
Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 209/2005, l'Aderente può recedere dal rapporto contrattuale entro trenta giorni dalla conclusione del contratto. Al fine di esercitare il diritto di recesso l'Aderente deve inviare, entro il suddetto termine, una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto, con la quale dichiara di voler recedere dal contratto di assicurazione, indirizzata al seguente recapito:

CARIGE VITA NUOVA S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Gabriele D'Annunzio, 41
16121 GENOVA GE

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.
Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Aderente (previa consegna dell'originale della Scheda di adesione) il premio versato al netto di euro 25,00 a titolo di spese sostenute per l'emissione del contratto.

Art. 12 - Durata del contratto
Per durata dell'assicurazione si intende l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza dell'assicurazione.
Le prestazioni assicurative sono predisposte per durate comprese tra 3 e 30 anni.

Art. 13 Foro competente
Per le controversie relative al presente contratto, è esclusivamente competente l'Autorità giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente, del Contraente o dei Beneficiari.

Art. 14 Prescrizione
Fatto salvo quanto previsto al comma 1, ai sensi dell'art 2952 comma 2 c.c., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Si rammenta inoltre che, ai sensi dell'art.1 comma 345 quater, legge n.266 del 2005, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti ramo vita, che non sono reclamati entro il termine di prescrizione sopra indicato, sono devoluti al fondo di cui al comma 343 istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Art. 15 Mediazione civile
Si rammenta che il D.Lgs. 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Si rinvia al decreto sopraindicato, oltreché al decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modifiche ed integrazioni.

3) GLOSSARIO

Documento aggiornato al 15 Maggio 2013

- **Aderente/Assicurato o Debitore/Assicurato:** persona, richiedente il mutuo concesso dalla Banca aderente al Gruppo Banca Carige, che ha sottoscritto la Scheda di adesione ed ha accettato di corrispondere il premio dovuto.
- **Beneficiario:** persona fisica o giuridica, designata nella Scheda dall'Aderente, che riceve la prestazione prevista dalla Scheda.
- **Caricamenti:** parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.
- **Certificato di assicurazione:** documento attestante l'avvenuta accettazione della Scheda di adesione e contenente il numero identificativo dell'Assicurato all'interno della polizza collettiva.
- **Contraente:** la Società appartenente al Gruppo Banca Carige, che stipula il contratto collettivo e paga il premio in nome e per conto degli Aderenti/Assicurati.
- **Data perfezionamento del contratto:** data di pagamento del premio con accettazione della Scheda di adesione da parte della Società.
- **Decorrenza dell'assicurazione:** data dalla quale si intendono valide ed efficaci le prestazioni descritte nella Scheda.
- **Durata dell'assicurazione:** intervallo di tempo compreso tra la data di decorrenza dell'Assicurazione e la sua scadenza, durante il quale è operante la garanzia ed ha validità l'Assicurazione.
- **Polizza collettiva:** contratto di assicurazione sulla vita stipulato da un Contraente nell'interesse di un gruppo di Assicurati.
- **Premio puro:** premio versato al netto dei caricamenti.
- **Premio versato:** importo che l'Aderente si impegna a corrispondere alla Società.
- **Proposta di Assicurazione:** documento con il quale la persona fisica che ha richiesto un mutuo manifesta alla Società la volontà di concludere un contratto di assicurazione in base alle condizioni in esso indicate.
- **Questionario sanitario (o anamnestico):** modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di assicurazione.
- **Riserva matematica:** l'importo accantonato dalla Società per far fronte in futuro ai suoi obblighi contrattuali in termini di rischio morte.
- **Riserva spese di gestione:** l'importo accantonato dalla Società, in funzione dei caricamenti, per far fronte alle spese future in capo al contratto.
- **Scheda di adesione:** documento sottoscritto dalla Società e dall'Assicurato/Aderente contenente le dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture.
- **Società:** la Società di Assicurazione Carige Vita Nuova S.p.A..

Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003

Secondo quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d'ora innanzi "il Decreto Legislativo"), CARIGE VITA NUOVA intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipula di un contratto.

I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

A) connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (ad esempio, per antiriciclaggio);

B) di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività Assicurativa e riAssicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

C) di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c).

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte dalla CARIGE VITA NUOVA può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

a) Comunicazioni obbligatorie:
sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta a effettuare in base a leggi, regolamenti, normativa comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Commissione di vigilanza sui Fondi Pensione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (INPS, Anagrafe Tributaria); Magistratura; Forze dell'ordine (P.S., C.C., C.d.F., VV.UU.), organismi associativi ANIA e consortili propri del settore Assicurativo (CIRT).

b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente:
rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore Assicurativo, quali Assicuratori, coAssicuratori e riAssicuratori, agenti, sub-agenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi per il quietanzamento; società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti, società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società:
è ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con CARIGE VITA NUOVA, ad esempio le società del Gruppo BANCA CARIGE, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti, che possano offrire servizi di qualità alla ns.

Clientela.

Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di “Titolari” autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude l’opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL’ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all’estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione.

In ogni caso, non è previsto trasferimento all’estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL’ART. 7 del D.LGS. 196/2003 (DIRITTI DELL’INTERESSATO)

La informiamo che l’art. 7 del Codice conferisce ad ogni *Interessato* taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal *Titolare* la conferma dell’esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l’origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l’aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l’integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è la CARIGE VITA NUOVA S.p.A., con sede in Via G. D’Annunzio, 41 - 16121 Genova - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il *Responsabile* del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l’Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all’Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al responsabile della Privacy presso la Sede della Società.
- Infine, i suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto di assicurazione che tutela l'Assicurato dagli infortuni, dalle malattie e dal rischio disoccupazione

CARIGE DOMANI MUTUO

COPERTURA DANNI FORNITA DA CARIGE ASSICURAZIONI S.P.A.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **NOTA INFORMATIVA**
- **GLOSSARIO**
- **INFORMATIVA PRIVACY**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Nota Informativa per i Contratti di Assicurazione Danni "Rami Elementari" – Polizza Carige Domani Mutuo

(predisposta ai sensi dell'Art.185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07/09/2005)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1. INFORMAZIONI GENERALI

Il contratto è concluso con la società Carige Assicurazioni S.p.A., appartenente al gruppo Banca Carige, avente sede legale in: ITALIA - Viale Certosa n. 222 - 20156 Milano Tel. 02.3076.1 – Telefax. 02.3086.125 – sito: www.carigeassicurazioni.it - indirizzo di posta: info@carigeassicurazioni.it.
La Società Carige Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a norma del Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93), iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00031.

2. INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

L'ammontare del patrimonio netto è pari ad € 127,7 milioni, di cui capitale sociale € 162,9 milioni e riserve patrimoniali € 48 milioni. L'indice di solvibilità è pari a 1,32 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Avvertenza - Durata del contratto
Il contratto cessa senza obbligo di disdetta alla scadenza del finanziamento, secondo quanto stabilito dall'Art. 3 – Decorrenza e durata della copertura, delle Condizioni Contrattuali.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto sono:

- **Sezione A - Assicurazione per invalidità totale permanente da infortunio**
  La copertura garantisce la corresponsione di un indennizzo per il caso di Invalidità Permanente totale da infortunio, se la percentuale di Invalidità Permanente è maggiore del 65%, secondo quanto previsto dall'Art. 23 - Oggetto della copertura per Invalidità totale Permanente da infortunio, della Sezione A – Assicurazione per Invalidità totale Permanente da Infortunio.
- **Sezione B - Assicurazione per disoccupazione**
  La copertura garantisce la corresponsione di un indennizzo al sopravvenire dello stato di disoccupazione a carico dell'Assicurato, secondo quanto previsto dall'Art. 28 - Oggetto della copertura per Disoccupazione, della Sezione B – Assicurazione per Disoccupazione.
- **Sezione C - Assicurazione per malattia grave**
  La copertura garantisce la corresponsione di un indennizzo per il caso di malattia grave pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve al Contraente alla data in cui la malattia grave viene diagnosticata, secondo quanto previsto dall'Art. 33 - Oggetto della copertura per Malattia grave, della Sezione C – Assicurazione per malattia grave.
- **Sezione D - Assicurazione per inabilità temporanea totale da infortunio o malattia**
  Nel caso di inabilità temporanea da infortunio o malattia, la Società corrisponde un indennizzo pari ad una rata mensile comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di ammortamento del mutuo al momento del sinistro, secondo quanto previsto dall'Art. 38 - Oggetto della copertura per Inabilità Temporanea totale da infortunio o malattia, della Sezione D – Assicurazione per Inabilità Temporanea totale da infortunio o malattia.

Avvertenza - Esclusioni di copertura
Le "Esclusioni" di polizza espressamente indicate agli Artt. 25, 30, 35, 40, determinano i casi di inoperatività della copertura.

Avvertenza – Limitazioni di copertura – Franchigie e scoperti di polizza
Le coperture di polizza possono prevedere limitazioni derivanti dall'applicazione di scoperti, franchigie, minimi non indennizzabili e sottolimiti di risarcimento come previsto dagli Artt. 24, 29, 34 e 39.
Esempi di applicazione di franchigie, scoperti e sottolimiti di risarcimento
Disoccupazione: rata del mutuo € 1.300,00 – Massimo indennizzabile mensile: € 1.000,00 – Danno indennizzabile € 1.000,00.

Avvertenza – Limite di età
L'età massima ai fini dell'efficacia della copertura è di 75 anni, come indicato all'Art. 2 – Persone assicurabili, delle Condizioni Contrattuali.

4. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

Per la copertura "Assicurazione per disoccupazione" sono previsti periodi di carenza contrattuale indicati in maniera specifica dall'Art. 28 – Oggetto della copertura per disoccupazione.

Per la copertura "Assicurazione per malattia grave" sono previsti periodi di carenza contrattuale indicati in maniera specifica dall'Art. 33 – Oggetto della copertura per malattia grave.

Per la copertura "Assicurazione per inabilità temporanea totale da infortunio o malattia" sono previsti periodi di carenza contrattuale indicati in maniera specifica dall'Art. 38 – Oggetto della copertura per inabilità temporanea totale da infortunio o malattia.

5. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO - NULLITÀ

Avvertenza - Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze relative alla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti sulla prestazione, secondo quanto previsto dall'Art. 12 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Condizioni Contrattuali.

Avvertenza - Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

1) **se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;**
2) **se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;**
3) **nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..**

come indicato all'Art. 12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - cause di nullità, delle Condizioni Contrattuali.

6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio che ne comporti un aggravamento o una diminuzione. La mancata comunicazione delle circostanze che determinano un aggravamento di rischio, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, secondo quanto previsto dall'Art. 5 – Modifica della posizione lavorativa, delle Condizioni Contrattuali.

Esempio: Esempio: Attività dichiarata: Studente – Attività svolta: Fabbro. Conseguente riduzione di indennizzo: 60%.

7. PREMI

Il premio dovrà essere corrisposto in una unica soluzione al momento della sottoscrizione della Scheda di Adesione, ovvero, se successivo, al momento del perfezionamento del Contratto di assicurazione.

Il pagamento avviene con addebito sul conto corrente intestato all'Aderente presso la Banca del Gruppo Banca Carige. Non è contemplata altra modalità di pagamento del premio unico poiché il presente contratto è una polizza speciale che prevede come Aderente il singolo Mutuatario delle Società appartenenti al Gruppo Banca Carige. Nel presente contratto non ci sono costi a carico del Contraente; vengono riportati a seguire i costi a carico del debitore/Assicurato:

a) costi in percentuale del premio

é previsto un caricamento percentuale pari al 41% del premio.

Dall'ammontare complessivo dei suddetti costi fanno parte le spese di emissione del contratto.

La quota parte percepita in media dall'Intermediario è rappresentata dal 71% dei costi complessivi.

In valore assoluto, relativamente all'anno 2012, sui presenti contratti gli intermediari hanno percepito 279 mila Euro.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo la Società restituisce al debitore/Assicurato premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, trattenendo, a titolo di costo amministrativo pratica, il 15% di tale importo come meglio specificato dall'Art. 20 delle Condizioni Contrattuali. In alternativa la Società, sempre su richiesta del debitore/Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato.

8. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate ed il premio non sono soggetti ad adeguamento.

9. DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Avvertenza – Le Parti hanno la possibilità di recedere dopo ogni sinistro indennizzabile ai termini di polizza entro i termini previsti dall'Art. 7 - Facoltà di recesso, delle Condizioni Contrattuali.

Con riferimento alla garanzia malattia, il recesso a seguito di sinistro può essere esercitato dalla Società entro i primi due anni dalla stipulazione del contratto solamente nel caso di polizze aventi durata poliennale, come da normativa attualmente vigente.

10. DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

L'Aderente può recedere dal rapporto contrattuale entro trenta giorni dalla conclusione del contratto (Art. 7).

Al fine di esercitare il diritto di recesso l'Aderente deve inviare, entro il suddetto termine, una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto, con la quale dichiara di voler recedere dal contratto di assicurazione, indirizzata al seguente recapito:

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.
Viale Certosa, 222
20156 - Milano - MI

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.
Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Aderente (previa consegna dell'originale della Scheda di adesione) il premio versato al netto di euro 25,00 a titolo di spese sostenute per l'emissione del contratto.
In caso di polizza poliennale, è prevista la facoltà per il Contraente di recedere, a partire dal termine del quinto anno, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

11. TERMINE DI PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Fatto salvo quanto previsto dal primo comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 c.c..
L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c., può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità, come meglio specificato dall'Art. 6 – Oneri dell'Assicurato in caso di sinistro, delle Condizioni Contrattuali.

12. LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'Art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n° 209, il presente contratto è regolato dalla legge italiana.
La legge italiana si intende pertanto applicata al presente contratto, fatta salva espressa contraria pattuizione delle parti.

13. REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente sono pari al 2,50% del premio imponibile di polizza.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. SINISTRI - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Avvertenza – In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso alla Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 c.c.. Le Norme che regolano ogni Sezione di riferimento, disciplinano quali sono gli obblighi alla cui osservanza l'Assicurato deve attenersi in caso di sinistro (Artt. 6, 26, 31, 36 e 41), sanciscono i criteri relativi alla procedura da osservare per la valutazione del danno e determinano i criteri per la determinazione del valore delle cose assicurate e per la determinazione del danno (Artt. 24, 29, 34 e 39).

Avvertenza – ai sensi dell'Art. 6 – Oneri dell'Assicurato in caso di sinistro, delle Condizioni Contrattuali, per quanto riguarda le garanzie relative ad Infortuni e Malattie si applica quanto segue:

- **Momento di insorgenza del sinistro.** L'insorgenza del sinistro è il momento in cui si determina l'evento previsto dalle coperture assicurative (verificarsi dell'infortunio o manifestarsi della malattia);
- **Modalità e termini per la denuncia del sinistro.** La denuncia deve essere presentata, per iscritto, entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando l'Assicurato o i suoi aventi causa ne hanno avuto conoscenza (Art. 6). La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato e, a seconda della tipologia di sinistro occorsa, deve essere corredata dalla documentazione indicata agli Artt. 26, 31, 36 e 41 delle Sezioni di riferimento;
- **Spese per l'accertamento del danno.** Non sono previste spese salvo quelle necessarie per la produzione ed invio della documentazione attestante il diritto all'indennizzo nonché quelle previste dalla procedura arbitrale (Artt. 27, 37 e 43);
- **Richiesta visita medica.** La visita medica può essere richiesta dalla Società, a sue spese, per la verifica del diritto all'indennizzo.

15. RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 24 del 19 maggio 2008, in caso di:

- mancata osservanza, da parte della Compagnia e/o dei suoi intermediari e/o dei periti fiduciari, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi,
- liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari, per le quali si chiede l'attivazione della rete FIN-NET (risoluzioni extragiudiziali delle controversie),

gli assicurati e/o i danneggiati - sia persone fisiche che giuridiche - e le associazioni riconosciute per la rappresentanza degli interessi dei consumatori possono presentare reclamo, **per iscritto**, inoltrato anche a mezzo fax o tramite e-mail, a Carige Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - fax 02/45402417 - e-mail *reclami@carigeassicurazioni.it.*

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:
- nome, cognome e domicilio del reclamante, sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante. In quest'ultimo caso **è necessaria la controfirma del reclamante**, per consentire il trattamento di informazioni a carattere personale del soggetto nel cui interesse viene proposto il reclamo;
- identificazione del soggetto e della funzione aziendale di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo della lamentela.

Ogni documentazione utile o necessaria a sostegno della lamentela presentata, deve essere unita in allegato.

Il reclamo in prima battuta deve essere inviato all'Impresa, che è tenuta a riscontrare il reclamante **entro 45 giorni dal pervenimento del reclamo in Società**.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà presentare reclamo all'IVASS, inoltrato in Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, oppure trasmesso ai fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto. L'IVASS, effettuata la necessaria istruttoria, da notizia dell'esito della stessa entro 120 giorni dal ricevimento del reclamo.

Avvertenza – è fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Si ricorda che:
- In relazione alle controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti;
- In caso di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto, individuabile accedendo al sito *http://www.ec.europa.eu/internalmarket/finservicesretail/indexen.htm*, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-ET, oppure all'IVASS, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

16. ARBITRATO

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sui criteri di indennizzabilità, possono essere demandate ad un Collegio di tre medici, fatta salva la possibilità di rivolgersi alla Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato. Per l'accertamento del danno materiale a cose, l'ammontare del danno può essere concordato direttamente tra la Società ed il Contraente oppure tra due Periti nominati dalle parti (Contraente e Società) che in caso di disaccordo possono nominarne un terzo o direttamente o tramite nomina del Presidente del Tribunale. Le decisioni sui punti controversi, sono prese a maggioranza.

Avvertenza – è fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Mediazione civile

Si rammenta che il D.Lgs. 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.
Per maggiori informazioni si rinvia al Decreto sopraindicato, oltreché al Decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modifiche ed integrazioni.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

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

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.
Il Direttore Generale
(Dott. Roberto Laganà)

GLOSSARIO

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

Aderente/Assicurato:
la persona, richiedente il Mutuo concesso dalla Banca, che ha sottoscritto la Scheda di adesione ed ha accettato di corrispondere il premio dovuto.

Beneficiario:
la persona fisica o giuridica, designata nella Scheda di adesione dall'Aderente, che riceve la prestazione prevista dalla Scheda.

Contraente:
la Società appartenente al Gruppo Banca Carige, che stipula il contratto collettivo e paga il premio in nome e per conto degli Aderenti/Assicurati.

Copertura:
la copertura assicurativa concessa ad un Assicurato dalla Società ai sensi della presente polizza ed in forza della quale la Società è obbligata al pagamento dell'indennizzo a favore dell'Assicurato stesso al verificarsi di un sinistro.

Decorrenza dell'assicurazione:
la data dalla quale si intendono valide ed efficaci le prestazioni descritte nella Scheda di adesione.

Disoccupazione:
lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente, qualora egli:

- abbia cessato, non volontariamente, la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione, di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali, che generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali o percepisca un'indennità derivante da Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Durata dell'assicurazione:
l'intervallo di tempo compreso fra la data di decorrenza dell'assicurazione e la sua scadenza, durante il quale è operativa la garanzia e ha validità l'assicurazione.

Inabilità Temporanea Totale:
la perdita totale, in via temporanea, delle capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia, che sia conseguenza diretta di ricovero che comporti una degenza minima di 20 giorni.

Indennizzo:
la somma dovuta dalla Società all'Assicurato a seguito del verificarsi di un sinistro.

Infortunio:
l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni:

1) l'asfissia non di origine morbosa;
2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3) l'annegamento;
4) l'assideramento o il congelamento;
5) i colpi di sole o di calore;
6) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
7) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità permanente totale:
la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di infortunio, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo. L'invalidità permanente totale sarà riconosciuta, ai fini della presente polizza, quando il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia superiore al 65% sulla base della documentazione ufficiale attestante tale invalidità (Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n° 1124 denominata "Tabella della valutazione del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA", di cui all'Allegato A) della presente polizza. Si precisa che, in ogni caso, deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23.02.2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella e/o certificati INPS, INAIL, ASL).

IVASS:
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lavoratore Autonomo:
la persona fisica che abbia presentato, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente e che

comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa) del D.P.R. 22.12.1986 n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente polizza e durante la vigenza del contratto di assicurazione le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi).

Lavoratore Dipendente di aziende private:
la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di aziende private, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato compresi i soci lavoratori di cooperative (Art. 47 comma 1 DPR 22.12.1986 lett. a).

Lavoratore Dipendente di aziende pubbliche o statali:
la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di aziende pubbliche o statali.

Malattia:
l'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia grave:
I casi di tumore, cardiopatia coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, infarto miocardio, ictus cerebrale, insufficienza renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto d'organo, come da specifiche definizioni inserite nella Sezione "C" della presente polizza.

Normale attività lavorativa:
l'attività retribuita, o comunque redditizia, svolta dall'Assicurato immediatamente prima del sinistro, ovvero una consimile attività retribuita, o comunque redditizia, tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Non lavoratore:
la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente o Pensionato; sono considerati "non lavoratori" i dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale e i dipendenti a tempo determinato.

Periodo di carenza:
il periodo di tempo, immediatamente successivo alla data iniziale, durante il quale la copertura non ha effetto.

Periodo di Franchigia assoluta:
il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un sinistro per Inabilità Temporanea Totale oppure per disoccupazione, in relazione al quale, pur in presenza di un sinistro indennizzabile ai termini di polizza, non viene riconosciuto alcun indennizzo.

Periodo di riqualificazione:
il periodo di tempo pari a 90 giorni successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale o di disoccupazione, liquidabile ai sensi di polizza, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo sinistro rispettivamente per Inabilità Temporanea Totale o per disoccupazione.

Polizza collettiva:
il contratto di assicurazione danni stipulato da una Contraente nell'interesse di un gruppo di Assicurati.

Premio:
l'importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere alla Società.

Rata:
la rata risultante dal piano di ammortamento al momento del sinistro.

Scheda di adesione:
il documento sottoscritto dall'Assicurato/Aderente contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture.

Sinistro:
il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la copertura.

Società:
CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A..

Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03

"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d'ora innanzi "il Decreto Legislativo"), CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipule di un contratto.

I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

A) connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normative comunitaria, nonché disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile);

B) di preventivazione, di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

C) di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c).

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte dalla CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

a) Comunicazioni obbligatorie:
sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistrature; Forze dell'ordine (P.S., C.C., C.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CID; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.

b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente: rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione: di autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione al le finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società:

é ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo BANCA CARIGE, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela.
Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione.
In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'Art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:
- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 - 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società.
- Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Art. 1 – OGGETTO DELLE COPERTURE

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere l'indennizzo all'Assicurato, in base alla copertura, qualora si verifichi un sinistro. Ai fini delle coperture, il sinistro può consistere nell'invalidità permanente causata da infortunio a tutti i soggetti assicurati; nella disoccupazione per tutti i dipendenti del settore privato; nell'inabilità temporanea totale causata da infortunio o malattia, solo qualora l'Assicurato sia lavoratore autonomo o dipendente di enti pubblici; nella malattia grave, solo qualora l'Assicurato sia non lavoratore.

Conseguentemente, la copertura relativa alla disoccupazione, di cui alla successiva Sezione B, non è disponibile per gli assicurati che, al momento del verificarsi del sinistro, siano lavoratori autonomi, non lavoratori o dipendenti del settore pubblico. La copertura relativa alla malattia grave, di cui alla successiva Sezione C, non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del sinistro, siano lavoratori dipendenti o lavoratori autonomi. La copertura relativa all'inabilità temporanea totale, di cui alla successiva Sezione D, non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del sinistro, siano lavoratori dipendenti di aziende private o non lavoratori. In tali casi, quindi, nulla sarà dovuto dalla Società all'Assicurato.

Art. 2 – PERSONE ASSICURABILI

È assicurabile la persona fisica che:

1) abbia stipulato il contratto di mutuo e sottoscritto la scheda di adesione;
2) goda di buona salute, cioè non sia affetta da malattie o lesioni gravi che necessitino trattamento medico regolare e continuato;
3) sia di età non inferiore a 18 anni (età calcolata in anni interi, considerando per intero la frazione superiore a sei mesi sino a 72 anni, fermo restando che l'età massima ai fini dell'efficacia della copertura è di 75 anni;
4) qualora sia lavoratore dipendente con contratto a tempo indeterminato e svolga attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, retribuito con non meno di 16 ore lavorative alla settimana presso un'azienda privata, oppure essere lavoratore autonomo, non dovrà in ogni caso essere stato assente, negli ultimi 12 mesi, dalla normale attività lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di malattia o infortunio;
5) nel caso in cui il contratto di mutuo sia sottoscritto congiuntamente da 2 o più mutuatari, si considera Assicurato la persona indicata nella Scheda di adesione, sempre che, rispetto alla stessa, ricorrano le condizioni di assicurabilità di cui ai punti precedenti.

Art. 3 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA

1) Per ogni Assicurato, e sempre che sia stato pagato il premio ai sensi del successivo Art. 4, la copertura decorre dalle ore 24.00 della data iniziale, o, se successiva, la data in cui il premio è pagato, fermo restando i periodi di carenza di cui all'Art. 28 per il caso di disoccupazione; all'Art. 30 per il caso di malattia grave; all'Art. 38 per il caso di inabilità temporanea totale, ed ha durata massima di anni 10, indipendentemente dalla durata del contratto di mutuo.
2) La copertura termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza originariamente convenuta, per estinzione del debito dell'Assicurato nei termini previsti dal contratto stesso, o per pagamento anticipato di tale debito, ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:
   a) raggiungimento del 75esimo anno di età;
   b) morte dell'Assicurato;
   c) liquidazione dell'indennizzo previsto per invalidità permanente da infortunio o malattia grave dell'Assicurato;
   d) esercizio da parte del Contraente della facoltà di dichiarare la decadenza dal beneficio del termine nei confronti dell'Assicurato o, comunque, di domandare la risoluzione del contratto di assicurazione.

Art. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO

1) L'Assicurato pagherà il premio relativo alla copertura in unica soluzione al momento della sottoscrizione della Scheda di adesione ovvero, se successivo, al momento del perfezionamento del contratto di assicurazione.
2) Ove la Società non accettasse la Scheda di adesione, la stessa rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, la somma ricevuta a titolo di premio.
3) La Società conferisce alla Contraente mandato per l'incasso dei premi. Al riguardo, le parti prendono atto che di tale mandato è fatta menzione nella Scheda di adesione sottoscritta dall'Assicurato che, ai fini del pagamento del premio, dà istruzioni al Contraente perché detragga una somma pari all'importo del premio dalla somma oggetto del contratto di mutuo. Inoltre, in conseguenza del suddetto mandato, il pagamento del premio effettuato dall'Assicurato alla Contraente è come se fosse effettuato direttamente a favore della Società, anche ai fini dell'attivazione della copertura.
4) La Contraente, incassato il premio, dovrà provvedere a versare lo stesso a Carige Assicurazioni S.p.A..

Art. 5 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

1) Qualora, in pendenza della copertura, l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale inerente alla normale attività lavorativa, nel senso che da lavoratore autonomo diventi lavoratore dipendente o viceversa, oppure da lavoratore autonomo o lavoratore dipendente diventi non lavoratore o viceversa, la copertura sarà

automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà attivata una copertura corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato. Conseguentemente, la copertura che potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla presente polizza sarà sempre quella corrispondente alla condizione occupazionale (lavoratore autonomo o lavoratore dipendente o non lavoratore) dell'Assicurato al momento del sinistro.

2) L'Assicurato che sia lavoratore autonomo o non lavoratore e, in pendenza della copertura, diventi lavoratore dipendente ha diritto all'indennizzo per disoccupazione solo se questa si è verificata dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia trascorso un periodo di 180 giorni consecutivi dal momento in cui egli è diventato lavoratore dipendente.
3) L'Assicurato che sia lavoratore dipendente o non lavoratore e, in pendenza della copertura, diventi lavoratore autonomo ha diritto all'indennizzo per inabilità temporanea totale solo se il sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di 30 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato ha iniziato la propria normale attività lavorativa come lavoratore autonomo.
4) L'Assicurato che sia lavoratore dipendente o lavoratore autonomo e, in pendenza della copertura, diventi non lavoratore ha diritto all'indennizzo per malattia grave solo nel caso in cui la malattia grave sia stata diagnosticata dopo almeno 180 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato è divenuto non lavoratore.

Art. 6 – ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

1) In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto alla Società entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro, ai sensi dell'Art. 1913 c.c..
2) L'avviso scritto di sinistro deve essere inviato dall'Assicurato o dai suoi aventi causa al seguente indirizzo: **CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. - CONVENZIONE CARIGE DOMANI MUTUO – Viale Certosa, 222 – 20156 - Milano**, nel termine di cui al precedente punto 1., con lettera raccomandata A.R. unitamente alla documentazione di cui al successivo Art. 26 per il caso di invalidità totale permanente, al successivo Art. 31 per il caso di disoccupazione, al successivo Art. 36 per il caso di malattia grave ed al successivo Art. 41 per il caso di inabilità temporanea totale da infortunio o malattia.
3) Si specifica che, in casi eccezionali o di particolare difficoltà valutativa, la Società potrà richiedere quegli ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.
4) Una volta avvenuto il pagamento di un indennizzo per inabilità temporanea totale o disoccupazione, e qualora il sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti, oltre che ad inviare alla Società l'avviso scritto di sinistro nei tempi e con le modalità di cui ai precedenti punti 1 e 2, a comunicare alla Società la continuazione del sinistro con le stesse modalità di cui al precedente punto 2 ed entro 90 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del sinistro.
5) La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla presente polizza.
6) L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c., può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità.

Art. 7 – FACOLTÀ DI RECESSO

L'Aderente può recedere dal rapporto contrattuale entro trenta giorni dalla conclusione del contratto.
Al fine di esercitare il diritto di recesso l'Aderente deve inviare, entro il suddetto termine, una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto, con la quale dichiara di voler recedere dal contratto di assicurazione, indirizzata al seguente recapito:

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.
Viale Certosa, 222
20156 - Milano - MI

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.
Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Aderente (previa consegna dell'originale della Scheda di adesione) il premio versato al netto di euro 25,00 a titolo di spese sostenute per l'emissione del contratto.
In caso di polizza poliennale, è prevista la facoltà per il Contraente di recedere, a partire dal termine del quinto anno, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro indennizzabile a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata; in caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relativa al periodo di rischio non corso.
Con riferimento alla garanzia malattia, il recesso a seguito di sinistro può essere esercitato dalla Società entro i primi due anni dalla stipulazione del contratto solamente nel caso di polizze aventi durata poliennale, come da normativa attualmente vigente.

Art. 8 – ONERI FISCALI
Le imposte e le tasse relative o discendenti dal presente contratto di assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 9 – MODIFICHE DELLA POLIZZA
Le eventuali modifiche alla presente polizza o a ciascuna delle coperture devono essere provate per iscritto e avranno effetto solo per le coperture aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche.

Art. 10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Art. 11 – LIMITI TERRITORIALI
Ai fini della presente polizza, la copertura per invalidità totale permanente si estende ai sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo. Le coperture per inabilità temporanea totale e malattia grave si estendono ai sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo ma successivamente curati nell'ambito dell'Unione Europea. La copertura per disoccupazione si estende ai soli sinistri verificatisi nell'ambito dell'Unione Europea.

Art. 12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITA'
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..
Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:
- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..

Art. 13 – ALTRE ASSICURAZIONI
Resta convenuto che la copertura può cumularsi con altre coperture assicurative senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

Art. 14 – DIRITTO DI SURROGA
La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

Art. 15 – FORO COMPETENTE
Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

Art. 16 – COMUNICAZIONI
Tutte le comunicazioni fra il Contraente o l'Assicurato e la Società, con riferimento alla presente polizza ed alle coperture, dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R., telegramma o telefax. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

Art. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI
In deroga all'Art. 1900 c.c., le coperture si estendono ai sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato. In deroga all'Art. 1912 c.c. le coperture si estendono ai sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 18 – CESSIONE DEI DIRITTI
L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla copertura di cui alla presente polizza.

Art. 19 – PRESCRIZIONE
I diritti derivanti dalle coperture si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere, ai sensi dell'Art. 2952 c.c..

Art. 20 – RIMBORSO RATEI DI PREMIO NON GODUTI
In caso di anticipata estinzione del contratto di mutuo, la Società provvede alla quantificazione della quota parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione che non verrà goduto, cioè intercorrente tra la data di effettiva estinzione e la data della scadenza della copertura che verrà rimborsata all'Assicurato. Si specifica che la Società tratterrà da tale importo una percentuale del **15%** a titolo di "costo amministrativo pratica".

Art. 21 – LIMITE DI INDENNIZZO
La presente condizione si intende valida ed operante per tutte le Sezioni di polizza.
Qualora su uno stesso mutuo, venissero emesse più polizze, in nessun caso la Società:
a) corrisponderà un capitale superiore all'ammontare complessivo del debito residuo risultante dal piano di ammortamento del contratto di assicurazione;
b) corrisponderà un importo superiore alla rata mensile (comprensiva di capitali e interessi) dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo il piano di ammortamento del mutuo al momento del sinistro.

Art. 22 – ASSICURAZIONE PARZIALE
Qualora la somma assicurata, risultante in polizza, fosse inferiore all'importo totale del mutuo, l'indennizzo sarà ridotto in misura proporzionale al rapporto fra la somma assicurata e l'effettivo importo del mutuo.

SEZIONE A
ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

(per tutti gli assicurati)

Art. 23 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO
Nel caso di invalidità totale permanente, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 24 qualora:
1) l'infortunio si sia verificato durante il periodo in cui la copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 3;
2) l'invalidità totale permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio che l'ha provocata;
3) la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore dell'Assicurato dell'indennizzo di cui al successivo Art. 24;
4) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 25;
5) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 24 – INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO
1) L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di invalidità totale permanente da infortunio, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale se IP maggiore del **65%**. L'indennizzo è calcolato dal Contraente in base alle condizioni del contratto di assicurazione, diminuito della rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse. Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'infortunio che ha provocato l'invalidità totale permanente e la data di liquidazione del relativo indennizzo, saranno rimborsati dalla Società 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.
2) L'indennizzo di cui al precedente punto 1 sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, con il massimale di Euro **300.000,00** da intendersi come limite cumulativo per tutti i contratti che siano pendenti, tra l'Assicurato e il Contraente, alla data del sinistro. Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito al Contraente un mandato all'incasso in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base alla copertura, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento al Contraente dell'indennizzo di cui ai precedenti punti.

Art. 25 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO
Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di invalidità totale permanente causata da:
1) invalidità pre-esistenti, nonché per quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche pre-esistenti; già diagnosticate all'Assicurato prima della data iniziale;
2) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
3) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
4) 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 ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
5) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci e idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
6) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
7) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni causate da tali eventi;
8) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
9) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
10) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
11) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
12) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;

13) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratici, raggi X, ecc.);
14) effetto di sieropositività H.I.V., A.I.D.S.;
15) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
16) connessione con l'uso o produzioni di esplosivi;
17) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
18) malattie tropicali;
19) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
20) nessun indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della dichiarazione di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente polizza.

Art. 26 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

1) Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 6 la seguente documentazione:
   a) copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
   b) notifica di invalidità totale permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto di relazione del medico legale attestante l'invalidità totale permanente, il relativo grado e la causa della stessa;
   c) ogni documentazione inerente il sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta. In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.
2) L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano 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, o in caso di morte, i suoi aventi causa, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Art. 27 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio oppure sul grado di invalidità totale permanente, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità totale permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE B
ASSICURAZIONE PER DISOCCUPAZIONE

(garanzia attiva per i lavoratori Dipendenti di aziende private)

Art. 28 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE

Nel caso di disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 29 qualora:

1) si sia verificato un sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della copertura nei termini di cui al precedente Art. 3;
2) la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in mobilità o in cassa integrazione guadagni straordinaria, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24.00 della data termine del periodo di carenza di 180 giorni successivo alla data iniziale;
3) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 30;
4) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 29 – INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

1) L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso disoccupazione, 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 punto 3., di una somma pari alla rata mensile,

comprensiva di capitale e di interessi, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di ammortamento del mutuo al momento del sinistro.

2) L'indennizzo di cui al precedente punto 1. non può eccedere, per ogni mese di durata del sinistro e in relazione a tutti i contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro **1.000,00** (mille/00).
3) Per ogni sinistro, il primo indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di disoccupazione dal termine del periodo di franchigia assoluta pari a 60 giorni. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo superiore a 30 giorni consecutivi di disoccupazione.
4) Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti punti 1., 2. e 3. è di 12 indennizzi mensili per ciascun sinistro e di 24 indennizzi mensili per ciascuna copertura.
5) Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito al Contraente un mandato all'incasso in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base alla copertura, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento al Contraente degli indennizzi di cui ai precedenti punti.

Art. 30 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di disoccupazione se, al momento del sinistro, l'Assicurato è lavoratore autonomo o non lavoratore.

Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di disoccupazione se:

1) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
2) alla data iniziale l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
3) la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
4) la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento o dimissioni concordate e/o incentivate dal datore di lavoro;
5) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro e se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto" (ex Co.Co.Co.);
6) l'Assicurato svolge la propria normale attività lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
7) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
8) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità e di cassa integrazione guadagni straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
9) l'Assicurato percepisce il trattamento di cassa integrazione guadagni ordinaria;
10) la disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'indennizzo in caso di inabilità temporanea totale;
11) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
12) l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Scheda di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'Art. 2 della presente polizza.

Art. 31 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

1) Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 6 la seguente documentazione:
   a) copia del documento di identità;
   b) copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
   c) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
   d) copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato o l'inserimento nelle liste di mobilità o nella cassa integrazione guadagni straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
   e) attestazione del ricevimento delle indennità di disoccupazione, di mobilità o di cassa integrazione guadagni ordinaria e/o straordinaria.

   In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.
2) L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Società le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o suoi aventi causa, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Art. 32 – DENUNCE SUCCESSIVE

1) Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per disoccupazione o dopo la denuncia di un sinistro durante l'iniziale periodo di carenza pari a 180 giorni, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di disoccupazione se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente ed abbia superato il periodo di prova.
   Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo superiore a 30 giorni consecutivi di disoccupazione.
2) Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione a una copertura per disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 indennizzi mensili.

SEZIONE C
ASSICURAZIONE PER MALATTIA GRAVE

(garanzia attiva solo per i non lavoratori)

Art. 33 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER MALATTIA GRAVE

Nel caso di malattia grave, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 34 qualora:

1) il sinistro sia avvenuto scadute le ore 24.00 della data termine del periodo di carenza di 90 giorni successivo alla data iniziale e comunque durante il periodo di efficacia della copertura ai sensi del precedente Art. 3;
2) il sinistro non rientri in una delle esclusioni di cui al successivo Art. 35;
3) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6;
4) il sinistro sia ascrivibile alle malattie gravi definite dai punti che seguono:
   a) Tumore
      Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarcke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualsiasi tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
   b) Cardiopatia coronaria che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare
      Nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante bypass coronario;
   c) Infarto miocardio
      Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
      - storia del dolore cardiaco tipico;
      - comparsa di nuove modificazioni tipiche all'E.C.G.;
      - modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.
   d) Ictus cerebrale
      Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.
   e) Insufficienza renale
      Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
   f) Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. È necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

Art. 34 – INDENNIZZO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

1) L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di malattia grave, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve al Contraente alla data in cui la malattia grave viene diagnosticata, in base alle condizioni del contratto di assicurazione, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.
2) L'indennizzo di cui al precedente punto 1. sarà pagato nei limiti del capitale assicurato, col massimale di Euro **300.000,00** (trecentomila/00) da intendersi come limite cumulativo per tutti i contratti che siano pendenti, tra l'Assicurato e il Contraente, alla data del sinistro.

3) Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito al Contraente un mandato all'incasso in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base alla copertura, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento al Contraente dell'indennizzo di cui ai precedenti punti.

Art. 35 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

1) Nessun indennizzo è dovuto se, al momento della diagnosi della malattia grave, l'Assicurato è lavoratore dipendente o lavoratore autonomo.
2) Oltre alle esclusioni che derivano dalle definizioni elencate all'Art. 33, sono escluse dall'oggetto della copertura le malattie conseguenti a, o causate da:
   a) situazioni patologiche già diagnosticate all'Assicurato nei 360 giorni prima della data iniziale;
   b) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
   c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere;
   d) etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto all'Assicurato a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
   e) infortuni o malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dall'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratici, raggi X, ecc.);
   f) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
   g) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
   h) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
   i) qualsiasi condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS), o sindromi o stati assimilabili;
   j) l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Scheda di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'Art. 2 della presente polizza.

Art. 36 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

1) Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 6 la seguente documentazione:
   a) copia del documento di identità;
   b) autocertificazione o altra documentazione che certifichi la sua condizione di non lavoratore al momento del sinistro;
   c) attestato di un medico che certifichi la diagnosi di malattia grave, corredata dalla documentazione medica necessaria.

   In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.
2) L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano 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, o in caso di morte, i suoi aventi causa, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Art. 37 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della malattia, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre medici.
L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.
I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolati per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE D
ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

(garanzia attiva per i lavoratori autonomi e dipendenti del settore pubblico)

Art. 38 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nel caso di inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo

di cui al successivo Art. 39 qualora:
1) l'inabilità temporanea sia conseguenza diretta di ricovero che abbia comportato una degenza minima di 20 giorni e che si sia verificata durante il periodo in cui la copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 3;
2) il sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il periodo di carenza di 30 giorni successivo alla data iniziale;
3) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 40;
4) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 39 – INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA
1) L'indennizzo che la Società 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 punto 3., di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di ammortamento del mutuo al momento del sinistro.
2) L'indennizzo di cui al precedente punto 1. non può eccedere, per ogni mese di durata del sinistro in relazione a tutti i contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro **1.000,00** (mille/00).
3) Per ogni sinistro, il primo indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 90 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 superiore a 30 giorni consecutivi di inabilità temporanea totale.
4) Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti punti 1., 2. e 3. è di 12 rate mensili per ciascun sinistro e di 36 rate mensili per ciascuna copertura.
5) Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito al Contraente un mandato all'incasso in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare versa la Società in base alla copertura, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento al Contraente degli indennizzi di cui ai precedenti punti.

Art. 40 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA
Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di inabilità temporanea totale se, al momento del sinistro, l'Assicurato è lavoratore dipendente o non lavoratore.
Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di inabilità temporanea totale causata da:
1) conseguenze di malattie, malformazioni, stati patologici e infortuni verificatisi prima della data iniziale e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
2) 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 da esso procurato;
3) infortuni o malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
4) infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
5) infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
6) infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
7) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
8) 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 acceleratici, raggi X, ecc.);
9) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
10) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della copertura;
11) qualsiasi condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus H.I.V. o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o sindromi o stati assimilabili;
12) 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;
13) 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;
14) nessun indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Scheda di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente polizza;
15) qualsiasi evento che non abbia comportato un ricovero di minimo 20 giorni presso una Istituto di cura.

Art. 41 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI
1) Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 6 la seguente documentazione:

a) copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
b) attestato che certifichi la sua condizione di lavoratore autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
c) certificato medico attestante l'inabilità temporanea totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
d) 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).

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

2) L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano 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, o in caso di morte, i suoi aventi causa, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Art. 42 – 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 causata da malattia, 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 60 giorni.

Dopo la denuncia di un sinistro per inabilità temporanea totale causata da infortunio durante l'iniziale periodo di carenza pari a 30 giorni, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per inabilità temporanea totale causata da infortunio se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 60 giorni.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una copertura per inabilità temporanea totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 36 indennizzi mensili.

Art. 43 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia oppure sulla durata della inabilità temporanea totale, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ALLEGATO A)
Tabella INAIL delle valutazioni del grado di percentuale di Invalidità Permanente
(D.P.R. 30/06/65 n. 1124)

DESCRIZIONE	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi	100	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	11 30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
DESCRIZIONE	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio	5	
Perdita del braccio: a) per disarticolazione scapolo-omerale b) per amputazione al terzo superiore	85 80	75 70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	

Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	30 35 45 25	25 30 40 20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	40 45 55 35	35 40 50 30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione	22 25 35	18 22 30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e posizione favorevole	45	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
DESCRIZIONE	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto 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 trattasi di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti il grado di invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino ad un limite massimo del **100%**. La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito con riferimento alle percentuali previste alla suesposta tabella, tenendo conto della misura nella quale è diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla attività svolta dall'Assicurato.
In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.