CARIGE DOMANI

Mutuo

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

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

CARIGE VITA NUOVA ASSICURAZIONI

GLOSSARIO

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

- **Società:** la Compagnia di Assicurazione Carige Vita Nuova S.p.A..
- **Contraente:** la banca aderente al Gruppo Banca Carige, che stipula il contratto collettivo e paga il premio in nome e per conto degli Aderenti/Assicurati.
- **Aderente/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.
- **Proposta di Assicurazione:** documento con il quale la persona fisica che ha richiesto un mutuo ipotecario manifesta alla Società la volontà di concludere un contratto di assicurazione in base alle condizioni in esso indicate.
- **Polizza collettiva:** contratto di assicurazione sulla vita stipulato da un Contraente nell'interesse di un gruppo di Assicurati.
- **Scheda di adesione**: documento sottoscritto dalla Società e dall'Assicurato/Aderente contenente le dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture.
- **Certificato di assicurazione**: documento attestante l'avvenuta accettazione della Scheda di adesione e contenente il numero identificativo dell'Assicurato all'interno della polizza collettiva.
- **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.
- **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.
- **Premio versato:** importo che l'Aderente si impegna a corrispondere alla Società.
- **Riserva matematica:** l'importo accantonato dalla Società per far fronte in futuro ai suoi obblighi contrattuali.

NOTA INFORMATIVA

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

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE
D. ALTRE INFORMAZIONI SULLE ADESIONI

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 - Gruppo Banca Carige, 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. Conflitto di interessi

Con riferimento alla presente forma contrattuale non esistono situazioni di conflitto di interessi.

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.

PRESTAZIONI IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

L'assicurazione qui descritta prevede come Assicurati i singoli mutuatari delle banche appartenenti al Gruppo Banca Carige. La garanzia consiste nell'impegno della Società a pagare, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, ai Beneficiari designati, **con vincolo a favore della Banca del Gruppo Banca Carige**, alla scadenza della prima rata di ammortamento coincidente o successiva alla data del decesso, il debito residuo di rate temporanee certe calcolate in base al capitale erogato, al tasso di ammortamento applicato (indicato nel certificato di assicurazione) ed alla durata dell'assicurazione.

Pertanto, con la sottoscrizione di questo tipo di assicurazione, i Beneficiari acquisiscono il diritto alla riscossione di un capitale in caso di morte dell'Assicurato decrescente in funzione della durata e del tasso del piano di ammortamento del mutuo erogato.

L'importo del capitale assicurato viene, di conseguenza, scelto dall'Aderente compatibilmente con l'importo del mutuo concesso dalla banca appartenente al Gruppo Banca Carige e, in ogni caso, non può essere inferiore a 10.000,00 euro.

La prestazione è garantita dal versamento di un premio unico, dovuto in via anticipata alla data di decorrenza dell'assicurazione.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza dell'assicurazione indicata nella Scheda di Adesione questo si intenderà estinto ed il premio corrisposto dal Contraente definitivamente acquisito dalla Società.

Il premio, la cui modalità di corresponsione è indicata al paragrafo 4 della presente sezione B, è utilizzato dall'impresa per far fronte ai rischi demografici previsti dalle singole adesioni al contratto collettivo (rischio di mortalità).

E escluso dalla garanzia soltanto il decesso dell'Assicurato causato da:

- dolo dell'Aderente/Assicurato e dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra,

salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

In questi casi la Società corrisponde ai Beneficiari l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.
È inoltre escluso dalla garanzia il decesso dell'Assicurato avvenuto nei primi sette anni dalla data di decorrenza dell'assicurazione, causato da sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), o ad altra patologia ad essa collegata.
In questo caso la Società paga una somma pari all'ammontare del premio versato.

Questa assicurazione richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica.
È tuttavia possibile che lo stesso, fatti salvi i casi specificati al punto 6 sezione D della presente Nota informativa, si limiti alla compilazione di un questionario anamnestico.

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

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato, così come indicato al precedente punto 3, 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.
È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Aderente siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento del capitale assicurato.
Il premio pagato dall'Aderente/Assicurato 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 sesso dell'Assicurato;
- allo stato di salute dell'Assicurato;
- all'attività professionale dell'Assicurato;
- all'attività sportiva eventualmente praticata dall'Assicurato e al livello (amatoriale, agonistico..)
- al tasso e alla periodicità di ammortamento del mutuo stipulato con la Banca del Gruppo Banca Carige.

Tabelle illustrative dei premi

Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Società solo dopo che l'Assicurato abbia reso le necessarie informazioni, compilato il questionario sanitario e si sia assoggettato a visita medica.

IMPORTO DI PREMIO UNICO
Capitale assicurato: Euro 50.000,00
Sesso: femminile
Tasso ammortamento mutuo: 4,50%

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	Euro 257,61	Euro 507,84	Euro 794,58	Euro 1.088,47
35	Euro 290,74	Euro 593,49	Euro 962,84	Euro 1.366,25
40	Euro 366,73	Euro 778,24	Euro 1.285,81	Euro 1.860,37
45	Euro 524,68	Euro 1.107,46	Euro 1.825,41	Euro 2.670,47
50	Euro 742,09	Euro 1.584,30	Euro 2.638,63	Euro 3.923,82

Capitale assicurato: Euro 50.000,00
Sesso: maschile
Tasso ammortamento mutuo: 4,50%

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	Euro 502,04	Euro 935,05	Euro 1.389,68	Euro 1.871,64
35	Euro 494,55	Euro 978,78	Euro 1.566,40	Euro 2.258,40
40	Euro 596,68	Euro 1.274,55	Euro 2.141,31	Euro 3.211,68
45	Euro 889,83	Euro 1.929,85	Euro 3.277,63	Euro 4.983,12
50	Euro 1.377,70	Euro 3.034,42	Euro 5.191,52	Euro 7.830,38

Capitale assicurato: Euro 100.000,00
Sesso: femminile
Tasso ammortamento mutuo: 4,50%

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	Euro 515,21	Euro 1.015,67	Euro 1.589,15	Euro 2.176,93
35	Euro 581,48	Euro 1.186,99	Euro 1.925,68	Euro 2.732,50
40	Euro 733,45	Euro 1.556,47	Euro 2.571,62	Euro 3.720,74
45	Euro 1.049,35	Euro 2.214,91	Euro 3.650,83	Euro 5.340,93
50	Euro 1.484,19	Euro 3.168,59	Euro 5.277,27	Euro 7.847,65

Capitale assicurato: Euro 100.000,00
Sesso: maschile
Tasso ammortamento mutuo: 4,50%

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	Euro 1.004,07	Euro 1.870,11	Euro 2.779,35	Euro 3.743,29
35	Euro 989,10	Euro 1.957,56	Euro 3.132,80	Euro 4.516,79
40	Euro 1.193,35	Euro 2.549,10	Euro 4.282,62	Euro 6.423,37
45	Euro 1.779,65	Euro 3.859,70	Euro 6.555,26	Euro 9.966,25
50	Euro 2.755,40	Euro 6.068,84	Euro 10.383,04	Euro 15.660,77

Capitale assicurato: Euro 200.000,00
Sesso: femminile
Tasso ammortamento mutuo: 4,50%

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	Euro 1.030,42	Euro 2.031,34	Euro 3.178,30	Euro 4.353,87
35	Euro 1.162,95	Euro 2.373,98	Euro 3.851,36	Euro 5.465,00
40	Euro 1.466,90	Euro 3.112,94	Euro 5.143,24	Euro 7.441,47
45	Euro 2.098,70	Euro 4.429,82	Euro 7.301,66	Euro 10.681,86
50	Euro 2.968,38	Euro 6.337,19	Euro10.554,54	Euro 15.695,30

Capitale assicurato: Euro 200.000,00
Sesso: maschile
Tasso ammortamento mutuo: 4,50%

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	Euro 2.008,14	Euro 3.740,21	Euro 5.558,70	Euro 7.486,57
35	Euro 1.978,20	Euro 3.915,12	Euro 6.265,60	Euro 9.033,59
40	Euro 2.386,70	Euro 5.098,20	Euro 8.565,25	Euro 12.846,73
45	Euro 3.559,31	Euro 7.719,40	Euro 13.110,52	Euro 19.932,49
50	Euro 5.510,81	Euro 12.137,68	Euro 20.766,08	Euro 31.321,53

Modalità di pagamento del premio
Il premio è dovuto in unica soluzione dal Contraente in nome e per conto del singolo Aderente ed 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 Banche appartenenti al Gruppo Banca Carige.

C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE

5. 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 dall'Aderente.
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 l'Aderente 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'Aderente-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 dall'Aderente, 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'Aderente/Assicurato non rientrano nell'asse ereditario (art. 1920 C.C.).

D. ALTRE INFORMAZIONI SULLE ADESIONI

6. Modalità di perfezionamento della posizione assicurativa

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.
Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno in cui viene pagato il premio previsto, oppure, dalle ore 24 del giorno di effetto stabilito, se successivo alla data del pagamento.
L'entrata in vigore dell'assicurazione coincide con il momento in cui iniziano a decorrere le prestazioni assicurative.
L'efficacia della copertura assicurativa è subordinata alla sottoscrizione del Questionario Sanitario e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extraprofessionali e sportive secondo quanto disposto dall'articolo 3 delle Condizioni Contrattuali al paragrafo "*Condizioni di assunzione del rischio*".

7. Risoluzione dell'assicurazione

L'assicurazione si estingue al verificarsi dei seguenti eventi:
- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- alla scadenza dell'assicurazione.

8. Diritto di recesso dal contratto

Ai sensi dell'art. 111 del D. Lgs 174/95, l'Aderente può recedere entro trenta giorni dal momento in cui l'assicurazione è conclusa.
L'Aderente dovrà notificare la propria volontà con lettera raccomandata indirizzata alla Società, contenente gli elementi identificativi del contratto, al seguente recapito:

CARIGE VITA NUOVA S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio
Via G. 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 ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale d'invio.
Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa all'Aderente (previa consegna della Scheda di adesione) il premio versato al netto di euro 25,00 a titolo di spese sostenute per l'emissione del contratto.

9. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni.

I pagamenti dovuti dalla Compagnia ai Beneficiari possono essere effettuati solo in seguito al ricevimento da parte della stessa della documentazione prevista all'art. 9 delle Condizioni Contrattuali.
La Compagnia esegue tutti i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Compagnia e decorso il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi moratori, calcolati al tasso legale, a favore degli aventi diritto. Per ogni diritto di credito derivante dal contratto di assicurazione, ai sensi dell'art. 2952 comma 2 c.c., il diritto sia del Contraente che dei Beneficiari si prescrive in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

10. Legge applicabile al contratto collettivo

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da applicare, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

11. Lingua in cui è redatto il contratto collettivo

Il contratto viene redatto in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da utilizzare.

12. Reclami

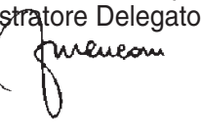
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto alla Società Carige Vita Nuova S.p.A., Ufficio Revisori Interni, Viale Certosa, 222 - 20156 Milano Fax 02.45.402.429 o all'indirizzo e-mail reclami@carigevitanuova.it.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono 06 421331, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

13. Informativa in corso di contratto collettivo

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.

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.
L'Amministratore Delegato



CONDIZIONI CONTRATTUALI

Art. 1 - Obblighi della Società
Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Scheda di adesione e appendici da essa firmate.

Art. 2 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (Incontestabilità)
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:
- 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;
- 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.

La Società rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.
L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art. 3 - Entrata in vigore dell'assicurazione
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.
L'entrata in vigore dell'assicurazione coincide con il momento in cui iniziano a decorrere le prestazioni assicurative considerate le condizioni assuntive di seguito riportate.

Condizioni di assunzione del rischio.
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. 4 - Rischio di morte
Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali.
È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:
- dolo dell'Aderente/Assicurato e dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Aderente/Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

In questi casi, la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.
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.

Art. 5 - Prestazioni garantite
In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce, ai Beneficiari designati, con vincolo a favore della Banca del Gruppo Banca Carige, 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. 6 - Premio Unico - Pagamento del premio
Le prestazioni assicurate di cui al punto precedente 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 - Beneficiari
Data la specificità della copertura assicurativa del presente contratto, le somme assicurate sono vincolate a favore della Banca appartenente al Gruppo Banca Carige erogatrice del mutuo.
Tuttavia i Beneficiari del capitale assicurato sono designati dall'Aderente che può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.
La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:
- dopo che l'Aderente e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte dell'Assicurato;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o fatte per testamento.
In mancanza di designazione, i Beneficiari sono gli eredi testamentari o legittimi dell'Aderente stesso.
Nel caso di anticipata estinzione del finanziamento, il vincolo decade e il capitale assicurato sarà eventualmente liquidato ai Beneficiari designati.
Nell'ipotesi in cui il capitale assicurato al momento del decesso ecceda il debito residuo a tale data, l'eccedenza sarà liquidata ai Beneficiari.

Art. 8 - 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. 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.

La Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.
Ogni pagamento viene effettuato presso la Banca aderente al GRUPPO BANCA CARIGE che gestisce il contratto collettivo.

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

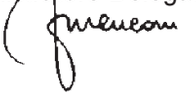
Art. 11 - Diritto di recesso dal contratto
Ai sensi dell'art. 111 del D. Lgs. 174/95, l'Aderente può recedere entro trenta giorni dal momento in cui l'assicurazione è conclusa.
L'Aderente dovrà notificare la propria volontà con lettera raccomandata indirizzata alla Società, contenente gli elementi identificativi del contratto, al seguente recapito:

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

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante del contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale d'invio.
Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa all'Aderente (previa consegna 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 - Foro competente
Per le controversie relative al presente contratto, è esclusivamente competente l'Autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Aderente, del Contraente o dei Beneficiari.

CARIGE VITA NUOVA S.p.A.
L'Amministratore Delegato



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. 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 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 ISVAP, 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).

CARIGE DOMANI

Mutuo

COPERTURE DANNI FORNITE DA CARIGE ASSICURAZIONI S.P.A.

Estratto delle condizioni del contratto di Assicurazione Danni a premio unico anticipato

CARIGE ASSICURAZIONI

GLOSSARIO

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

Aderente/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 di adesione dall'Aderente, che riceve la prestazione prevista.
Contraente: la banca aderente al Gruppo Banca Carige, che stipula il contratto collettivo e paga il premio in nome e per conto degli Aderenti/Assicurati.
Polizza collettiva: contratto di assicurazione danni stipulato da un Contraente nell'interesse di un gruppo di Assicurati.
Proposta di Assicurazione: documento con il quale la persona fisica che ha richiesto un mutuo ipotecario manifesta alla Società la volontà di concludere un contratto di assicurazione in base alle condizioni in esso indicate.
Certificato di assicurazione: documento attestante l'avvenuta accettazione della Scheda di adesione e contenente il numero identificativo dell'Assicurato all'interno della polizza collettiva.
Contratto di mutuo: il Contratto con il quale il Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Assicurato al Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato, di durata pari alla durata del mutuo, ed al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente Polizza indipendentemente dalla durata del mutuo.
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.
Data di 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 di adesione.
Debito residuo: 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 sinistro, 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.
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;

e

- 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;

e

- non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Durata dell'assicurazione: intervallo di tempo compreso fra la data di decorrenza dell'assicurazione e la sua scadenza, durante il quale è operante la garanzia ed ha validità l'assicurazione, fermo restando che la durata massima dell'assicurazione è fissata in anni sette dalla data di perfezionamento del contratto di assicurazione, data determinata secondo quanto stabilito nella suddetta definizione.
Capitali assicurati: Il capitale assicurato è pari all'ammontare indicato sul Certificato di Assicurazione.
Scheda di adesione: È il documento sottoscritto dalla Società e dall'Assicurato/Aderente che ha stipulato il contratto di mutuo con il Contraente e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture.
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.
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, in base ad una copertura, a seguito del verificarsi di un sinistro.
Infortunio: 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 Totale Permanente: 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 Totale Permanente sarà riconosciuta, ai fini della presente polizza, quando il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia superiore al 65% sulla base della 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 n. 1 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.
Istituto di cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
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 (così come definito nella definizione di lavoratore dipendente di seguito riportata) 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: alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia grave: i casi di tumore, cardiopatia coronaria 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 o Lavoratore Dipendente; 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: periodo di tempo, immediatamente successivo alla data iniziale, durante il quale la copertura non ha effetto.
Periodo di Franchigia assoluta: 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: 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.
Premio: importo che l'Aderente si impegna a corrispondere alla Società.
Rata: Rata risultante dal piano di ammortamento.
Ricovero: la degenza comportante pernottamento nell'Istituto di cura.
Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la copertura.
Società: CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A..

CONDIZIONI CONTRATTUALI

ART. 1 – OGGETTO DELLE COPERTURE

1.1. 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**.

1.2. 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

2.1. È assicurabile la persona fisica che:
1. **abbia stipulato il contratto di mutuo e sottoscritto la Scheda di adesione; e**
2. **goda di buona salute, cioè non sia affetta da malattie o lesioni gravi che necessitino trattamento medico regolare e continuato; e**
3. **sia di età non inferiore a 18 anni (età calcolata in anni interi, considerando per intero la frazione superiore a sei mesi) fermo restando che l'età massima ai fini dell'efficacia della copertura è di 75 anni alla scadenza del mutuo; e**
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.**

2.2. 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 al precedente art. 2.1.

ART. 3 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA

3.1. 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. 25 per il caso di disoccupazione; all'art. 30 per il caso di malattia grave; all'art. 35 per il caso di inabilità temporanea totale, ed ha durata massima di anni 7, indipendentemente dalla durata del contratto di mutuo.

3.2. 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

4.1. 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.

4.2. 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.

4.3. La Società conferisce al 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 al Contraente è come se fosse effettuato direttamente a favore della Società, anche ai fini dell'attivazione della copertura.

4.4. La Contraente, incassato il premio, dovrà provvedere a versare lo stesso a Carige Assicurazioni S.p.A..

ART. 5 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

5.1. 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.

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. 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

6.1. In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto alla Società entro il novantesimo giorno dalla data di accadimento del sinistro.

6.2. L'avviso scritto di sinistro deve essere inviato dall'Assicurato o i suoi aventi causa, tramite lettera raccomandata A.R., a Carige Assicurazioni S.p.A.- Agenzia ASSI 90 - Via Innocenzo Frugoni 123 - 16121 Genova, nel termine di cui al precedente punto 6.1., con lettera raccomandata A.R. unitamente alla documentazione di cui al successivo art. 23 per il caso di invalidità totale permanente, al successivo art. 28 per il caso di disoccupazione, al successivo art. 33 per il caso di malattia grave ed al successivo art. 38 per il caso di inabilità temporanea totale da infortunio o malattia.

6.3. 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.

6.4. 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.

6.5. 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.

ART. 6 bis – FACOLTÀ DI RECESSO 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.

ART. 7 – ONERI FISCALI
Le imposte e le tasse relative o discendenti dal presente contratto di assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

ART. 8 – 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. 9 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 10 – 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. 11 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
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..

ART. 12 – 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. 13 – 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. 14 – FORO COMPETENTE
Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

ART. 15 – 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. 16 – 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. 17 – 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. 18 – PRESCRIZIONE
I diritti derivanti dalle coperture si prescrivono nel termine di un anno dalla data in cui possono essere fatti valere.

ART. 19 – RIMBORSO RATEI DI Ppremio 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"**.

SEZIONE A
ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO
(per tutti gli assicurati)

ART. 20 – 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. 23 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. 21;
4. il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 22;
5. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 6.

ART. 21 – INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO
21.1. 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% che l'Assicurato deve al Contraente alla data del sinistro che ha generato l'invalidità totale permanente da infortunio.
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.

21.2. **L'indennizzo di cui al precedente punto 21.1. sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, con il massimale di 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. 22 – 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, rubgy, 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 HIV, AIDS;**
15. **effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;**
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. 23 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

23.1. 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:

- **copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;**
- **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;**
- **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.

23.2 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. 24 – 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. 25 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE
Nel caso di disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo art. 26 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. 27;
4. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 6.

ART. 26 – INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE
26.1. L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di 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 26.3., di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale e di interessi, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento.
26.2. L'indennizzo di cui al precedente punto 26.1. 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).
26.3. 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.
26.4. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti punti 26.1, 26.2 e 26.3 è di 12 indennizzi mensili per ciascun sinistro e di 24 indennizzi mensili per ciascuna copertura.
26.5. 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. 27 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE
1. Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di disoccupazione se, al momento del sinistro, l'Assicurato è lavoratore autonomo o non lavoratore.
2. 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. 28 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

28.1. 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:**
- **copia di un documento di identità;**
- **copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;**
- **copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;**
- **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;**
- **attestazione del ricevimento delle indennità di disoccupazione, di mobilità o di cassa integrazione guadagni ordinaria e/o straordinaria.**

28.2. 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. 29 – DENUNCE SUCCESSIVE

29.1 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.

29.2. 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. 30 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER MALATTIA GRAVE

Nel caso di malattia grave, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo art. 31 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. 32;**
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 4.1. a 4.6. che seguono:

4.1. 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 (AIDS).

4.2. 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.

4.3. Infarto miocardico
Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
- storia del dolore cardiaco tipico;
- comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
- modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.

4.4. 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.

4.5. Insufficienza renale
Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

4.6. 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. 31 – INDENNIZZO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

31.1. 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, così come calcolato dal Contraente 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.

31.2. L'indennizzo di cui al precedente punto 31.1. 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.

31.3. 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. 32 – 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. 30, sono escluse dall'oggetto della copertura le malattie conseguenti a, o causate da:
   - **1. situazioni patologiche già diagnosticate all'Assicurato nei 360 giorni prima della data iniziale;**
   - **2. interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;**
   - **3. atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere;**
   - **4. 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;**
   - **5. 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.);**
   - **6. guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;**
   - **7. scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;**
   - **8. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
   - **9. 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;**
   - **10. l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Scheda di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'art. 2 della presente polizza.**

ART. 33 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

33.1. 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:
- **copia del documento di identità;**
- **autocertificazione o altra documentazione che certifichi la sua condizione di non lavoratore al momento del sinistro;**
- **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.

33.2. 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. 34 – 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. 35 – 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. 36 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. 37;
4. l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 6.

ART. 36 – INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA
36.1. 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 36.3, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal contratto di assicurazione.
36.2. L'indennizzo di cui al precedente punto 36.1 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).
36.3. 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.
36.4. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti punti 36.1, 36.2 e 36.3 è di 12 rate mensili per ciascun sinistro e di 36 rate mensili per ciascuna copertura.
36.5. 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. 37 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA
1. 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.
2. Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di inabilità temporanea totale causata da:
   1. le 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 HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) 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. 38 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

38.1. 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:**

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

38.2. 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. 39 – DENUNCE SUCCESSIVE

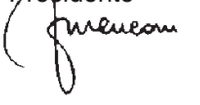
39.1. Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro o dopo la denuncia di un sinistro durante l'iniziale periodo di carenza pari a 30 giorni per inabilità temporanea totale causata da malattia, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per inabilità temporanea totale, causata dalla 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.

39.2. 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. 40 – 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.

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.
Il Presidente



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	
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

(Segue)

DESCRIZIONE	Percentuali	
	Destro	Sinistro
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	
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.

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE DANNI

(predisposta ai sensi dell'Art. 123 del Decreto Legislativo 17.3.95 N. 175 ed in conformità a quanto disposto con la circolare ISVAP n. 303 del 2.6.97)

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

La Società Carige Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).
Il contratto è concluso con la Sede Legale della Società sita in: Italia - Viale Certosa n. 222 - 20156 Milano.

INFORMAZIONI GENERALI SUL CONTRATTO

Legge applicabile
Ai sensi dell'Art. 122 del Decreto Legislativo 175/95 le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali obbligatorie e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative all'assicurazione obbligatoria previste dall'ordinamento italiano.
La Società Carige Assicurazioni S.p.A., di seguito denominata Società, propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legislazione italiana.

Reclami in merito al contratto ai sinistri
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati a mezzo lettera, fax od e-mail alla Società presso il seguente recapito:

Carige Assicurazioni S.p.A.,
Ufficio Revisori Interni
Viale Certosa 222
20156 Milano
fax 02.45.402.417
e-mail: reclami@carigeassicurazioni.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione della prestazione e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto
I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 c.c.
Nell'Assicurazione di Responsabilità Civile Diversi, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI E SENSIBILI DA PARTE DI CARIGE ASSICURAZIONI S.P.A.

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 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 (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile).

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. 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 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 ISVAP, 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); Magistratura; Forze dell'ordine (P.S., C.C., C.d.F., VV.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 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 ASSICURAZIONI, 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 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.
- 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).