CONDIZIONI DI POLIZZA

LUCKY



Fasc. FA41309 - LUCKY ed. 07/2012
Per gli aggiornamenti del presente fascicolo non derivanti da innovazioni normative consultare il sito www.carigeassicurazioni.it

FASCICOLO INFORMATIVO

C.P.I.-PRESTITI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA IN CASO DI MORTE IN FORMA COLLETTIVA A CAPITALE DECRESCENTE MENSILMENTE ED A PREMIO UNICO

Il presente Fascicolo contenente:

· NOTA INFORMATIVA
· CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
· GLOSSARIO

deve essere consegnato dal Contraente all'Aderente prima della sottoscrizione della scheda di adesione alla polizza collettiva.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

CARIGE Vita Nuova S.P.A Compagnia di Assicurazione Vita facente parte del Gruppo Banca Carige

pagina non utilizzabile

1. 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.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

INFORMAZIONI AGGIORNATE AL 02.04.2012

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

In relazione all'ultimo bilancio approvato al 31 dicembre 2011, il patrimonio netto ammonta a 219,1 milioni di euro, il Capitale Sociale è pari a 124,8 milioni di euro e le Riserve patrimoniali sono pari a 89,9 milioni di euro.
L'indice di solvibilità riferito al 31 dicembre 2011, inteso come rapporto tra Margine di Solvibilità disponibile di 166.954 euro e Margine di Solvibilità richiesto dalla normativa vigente di 153.201 euro, è pari al 108,98%.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

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.
La durata della Assicurazione è pari alla durata del finanziamento fino ad un massimo di 6 anni.
In caso di anticipata estinzione del finanziamento, per qualunque causa, cessa la copertura assicurativa, a meno che l'Assicurato non richieda di mantenere in vigore la garanzia.

Prestazione in caso di decesso dell'assicurato.

Per maggiori dettagli relativi alle singole prestazioni si rinvia all'art. 1 delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: sono possibili esclusioni delle coperture assicurative: si rimanda per i dettagli all'art. 2 delle condizioni di assicurazione.

Si raccomanda al Contraente di far leggere attentamente agli Aderenti le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Scheda di adesione con particolare attenzione alla dichiarazione di buono stato di salute.

4. Premi

Il premio unico pagato dall'Aderente/Assicurato è in percentuale fissa e varia solo in funzione dell'ammontare del Capitale assicurato; risulta pertanto invariante per:

- durata contrattuale, che può essere al massimo di 6 anni;
- età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Scheda di adesione, entro i limiti di minimo 18 anni compiuti e massimo 60 anni;
- sesso dell'Assicurato;
- attività professionale svolta.

È obbligatoria la sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute contenuta nella Scheda di adesione pertanto, è di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal

Contraente e dall'Assicurando siano esatte, 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.

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 che tratterrà al momento dell'erogazione del finanziamento concesso all'Aderente stesso.
Il premio è corrisposto dal Contraente in nome e per conto del singolo Aderente ed il pagamento avviene con trattenuta sul finanziamento erogato dalla Società CREDITIS S.p.A. all'Aderente. Non è contemplata altra modalità di pagamento del premio unico poiché il presente contratto è una polizza speciale che prevede come Aderente colui a cui sia stato erogato un finanziamento dalla Società CREDITIS S.p.A..
Nel presente contratto non ci sono costi a carico del Contraente; vengono riportati a seguire i costi a carico del debitore/Assicurato:

a) Costi in percentuale del premio
È previsto un caricamento percentuale pari al 69,5% del premio pagato.

---oooo---

La quota parte percepita in media dall'intermediario è rappresentata dall' 87% dei costi complessivi.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata del finanziamento, per qualunque causa, la copertura assicurativa si scioglie e la Società restituisce un importo pari al premio pagato e non "goduto" ovvero il rateo di premio unico calcolato in funzione del premio originariamente versato al netto della quota relativa al rischio corso e delle spese per il rimborso del premio (3% del premio), come specificato nella Scheda di Adesione.
In alternativa la Società, sempre su richiesta del debitore/assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato.
Si rinvia all'art. 7 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi

6.1. Costi gravanti direttamente sul contraente

Come riportato al precedente punto 4, non è previsto alcun costo a carico del contraente, in quanto il premio è pagato dal debitore/assicurato.

7. Sconti
Il presente contratto non prevede sconti.

8. Regime Fiscale
Imposta sui premi
I premi delle assicurazioni sulla vita non sono, al momento della stipulazione del presente contratto, soggetti ad imposta.
Detrazione fiscale dei premi
Le assicurazioni in forma Temporanea Caso Morte danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.
In particolare, ai sensi del D.Lgs. 47/2000, relativamente ad ogni periodo di imposta (normalmente coincidente con l'anno solare), a fronte dei premi relativi alle Assicurazioni in forma Temporanea Caso Morte, versati in tale periodo, è attualmente consentita una detrazione di imposta del 19% dei premi

versati fino ad un importo massimo di 245,32 euro, ottenuto applicando l'aliquota del 19% all'importo massimo di 1.291,14 euro.
In virtù della riduzione di imposta della quale il Contraente viene a beneficiare, il costo effettivo dell'assicurazione risulta inferiore al premio versato.
Tassazione delle somme assicurate
Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti da Irpef e dall'imposta sulle successioni, se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato.
Non pignorabilità e non sequestrabilità
Le somme dovute dalla Società in dipendenza di contratti di assicurazioni sulla vita non sono né pignorabili né sequestrabili (art. 1923 C.C.)

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento ed entrata in vigore dell'assicurazione
Si rinvia all'art. 4 delle condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento dell'adesione e la decorrenza delle coperture assicurative.

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

11. Riscatto e riduzione
Il presente contratto non prevede riscatto e riduzione.

12. Diritto di recesso dal contratto
Ai sensi dell'art. 117 del D. Lgs. 209/2005, l'Aderente può recedere dal rapporto contrattuale entro trenta giorni dal momento in cui l'adesione 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

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.

13. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione.
I pagamenti dovuti dalla Società ai Beneficiari possono essere effettuati solo in seguito al ricevimento da parte della stessa della documentazione prevista all'art. 9 delle Condizioni di assicurazione. La Società esegue tutti i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Compagnia e decorso il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi moratori, calcolati al tasso legale, a favore degli aventi diritto.

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

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

14. Legge applicabile al contratto collettivo

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

15. Lingua in cui è redatto il contratto collettivo

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

16. Reclami

Secondo quanto previsto dal D.lgs 7 settembre 2005, n. 209 e del Regolamento ISVAP n.24/2008, in caso di:

- Mancata osservanza, da parte della compagnia e/o dei suoi intermediari e/o dei periti fiduciari, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi;
- Liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari, per le quali si chiede l'attivazione della rete fin-net (risoluzioni extragiudiziali delle controversie), gli utenti assicurativi, sia persone fisiche che giuridiche - e - le associazioni riconosciute per la rappresentanza degli interessi dei consumatori, possono presentare reclamo per iscritto, anche a mezzo fax o e-mail a:

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

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

nome, cognome e domicilio del reclamante, sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante. In quest'ultimo caso **è necessaria la controfirma del reclamante**, per consentire il trattamento di informazioni a carattere personale del soggetto nel cui interesse viene proposto il reclamo.

identificazione del soggetto e della funzione aziendale di cui si lamenta l'operato

breve descrizione del motivo della lamentela.

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

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

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

Si ricorda che:

-In relazione alle controversie già rimesse alla valutazione del magistrato, **permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria**, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti;

- in caso di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello del paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto, individuabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/internalmarhet/finservicesretail/indexen.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'ISVAP, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

17. 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.

18. Conflitto di interessi

Relazioni industriali del business

Carige Vita Nuova S.p.A. è controllata da Banca Carige S.p.A., che possiede il 100% delle azioni e, svolge attività di emissione, promozione, organizzazione di prodotti assicurativo - finanziari.
Carige Vita Nuova distribuisce i prodotti alla clientela utilizzando quali collocatori gli sportelli bancari di Banca Carige S.p.A. e delle altre banche del gruppo e gli Agenti di Assicurazione iscritti al Registro Unico Intermediari dell'ISVAP. La gestione finanziaria, amministrativa, tecnico - attuariale e liquidativa è svolta dalla Società. Per le sole attività inerenti la gestione finanziaria la Società si serve dei servizi di consulenza di Carige Asset Management SGR S.p.A., del gruppo Banca Carige.

Natura dei conflitti d'interesse

In linea generale, conflitti di interesse possono nascere in relazione ai rapporti partecipativi che sussistono tra le società coinvolte, nel cui quadro avviene la proposizione/distribuzione di contratti assicurativi, la gestione finanziaria e l'attività di consulenza. Più in dettaglio, si elencano in breve le principali aree di potenziale conflitto:

a) consulente finanziario: l'asset manager scelto, Carige Asset Management SGR, fa parte del gruppo Banca Carige;
b) politica d'investimento: le scelte d'investimento in strumenti finanziari possono confluire su titoli collegati al gruppo Banca Carige.

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

Principi di gestione dei conflitti d'interesse

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

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

a. Gestione degli attivi

La Società gestisce le attività a copertura delle riserve tecniche usufruendo della consulenza della Carige Asset Management SGR S.p.A., società facente parte anch'essa del Gruppo Banca Carige. La Società opera in modo da evitare situazioni di potenziale conflitto di interessi e realizza un monitoraggio continuo delle operazioni per garantire che siano effettuate alle migliori condizioni possibili di mercato con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni stesse.

b. Investimenti

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

c. Retrocessione di commissioni

Relativamente alla gestione patrimoniale collegata al contratto, la Società non ha attualmente in essere accordi che prevedono la retrocessione da parte di soggetti terzi di commissioni o altri proventi.

Comunque, la Società si impegna a riconoscere ai contraenti eventuali introiti derivanti dalla retrocessione di commissioni o altri proventi conseguiti a seguito di futuri accordi stipulati con soggetti terzi. In tale eventualità, prima della stipula dei contratti, ai contraenti verranno fornite informazioni specifiche, complete e corrette in merito agli eventuali benefici retrocessi agli assicurati.
L'impegno della Società è in ogni caso volto ad ottenere per i contraenti il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di tali accordi.

d. Negoziazione di titoli effettuata con soggetti facenti parte del Gruppo o con cui il Gruppo intrattiene rapporti d'affari rilevanti

Le operazioni di compravendita possono essere effettuate anche con soggetti facenti parte del Gruppo o con cui il Gruppo intrattiene rapporti di affari rilevanti. Per quanto concerne le commissioni di negoziazione applicate dalle controparti a fronte di operazioni effet¬tuate sui mercati finanziari, tutte le operazioni saranno eseguite alle migliori condizioni di mercato.
La Società in ogni caso si impegna in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei contraenti.

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

Carige Vita Nuova S.p.A.
Il Direttore Generale
(Dott. Roberto Laganà)

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INFORMAZIONI AGGIORNATE AL 02.04.2012

Art. 1 - Prestazioni assicurate

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento di un Capitale pari al **debito residuo in linea capitale** risultante al momento del decesso, esclusi eventuali importi di rate insolute. **Il debito residuo in linea capitale** sarà uguale al Capitale iniziale diminuito di tante volte l'importo costante, ottenuto dividendo sempre il Capitale iniziale per la durata contrattuale espressa in mesi, per quanti saranno i mesi interamente decorsi dalla data di decorrenza dell'assicurazione alla data del decesso dell'Assicurato; dal conteggio del debito residuo verranno esclusi gli interessi.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della assicurazione, questa si intenderà estinta e il premio pagato resterà acquisito alla Società.

Una eventuale diversa pattuizione del piano di rimborso stabilito inizialmente non modifica l'importo dell'indennità.

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

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

2.1 Esclusioni

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo dell'Aderente/Assicurato o del Beneficiario;
- 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.

È altresì escluso dalla garanzia il decesso causato da sindrome di immunodeficienza (AIDS) o ad altra patologia ad essa collegata. In questi casi, la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

2.2 Condizioni di assunzione del rischio.

La Società, ai fini dell'assunzione del rischio, richiede obbligatoriamente la sottoscrizione della dichiarazione sullo stato di salute contenuta nella Scheda di adesione.

Nel caso in cui non sia firmata la dichiarazione o non ricorrano le condizioni di "buono stato di salute" ivi descritte, la Società rifiuta l'assunzione del rischio.

Inoltre l'adesione è sottoscrivibile solo per Assicurati:

- persone fisiche che abbiano richiesto ed ottenuto un finanziamento con la Società CREDITIS S.p.A.;
- persone fisiche in buono stato di salute ovvero non affette da patologie che necessitino di trattamento medico continuato.

L'età minima di entrata dell'Assicurando è di 18 anni compiuti, l'età massima è di 60 anni compiuti: l'età a scadenza dell'Assicurato non deve superare i 66 anni.

L'importo del capitale assicurato, scelto dall'Aderente compatibilmente con l'importo del finanziamento concesso dalla Società CREDITIS S.p.A., in ogni caso non può essere superiore a 40.000,00 Euro.

Art. 3 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa:

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

Il tutto ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 c.c. a cui si rimanda per le parti non previste dal presente articolo.

Art. 4 - Modalità di perfezionamento ed entrata in vigore dell'assicurazione

L'adesione si considera perfezionata e conclusa nel momento in cui la Società CREDITIS S.p.A. eroga il finanziamento all'Aderente a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Le garanzie assicurative entrano in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito, dalle ore 24 del giorno i cui la Società CREDITIS S.p.A. eroga il finanziamento e trattiene il premio per la copertura assicurativa sottoscritta dall'Aderente nella Scheda di adesione. 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. 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.
La decorrenza delle prestazioni assicurative coincide con il momento dell'entrata in vigore dell'assicurazione considerate le condizioni assuntive sopra riportate.

Art. 5 - Durata del contratto

La durata del contratto, cioè l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto, è pari alla durata del finanziamento e non potrà comunque essere inferiore a 1 anno e superiore a 6 anni.

Art. 6 - Premio Unico - Pagamento del premio

Le prestazioni assicurate sono garantite a condizione che il Contraente abbia in nome e per conto degli Aderenti regolarmente corrisposto il premio unico al momento del perfezionamento del contratto.
Il premio pagato è dovuto in via anticipata ed è determinato in funzione dell'ammontare del capitale assicurato; risulta pertanto invariante per:

- x durata contrattuale, fino ad un massimo di 6 anni;
- x età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Scheda di adesione,
- x sesso dell'Assicurato,
- x attività professionale svolta.

Art. 7 - Estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento

In caso di estinzione anticipata del finanziamento, per qualunque causa, la copertura assicurativa si scioglie e la Società restituisce la parte del premio pagato relativa al periodo per il quale il rischio è cessato.

L'esatto ammontare del rimborso è calcolato per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i caricamenti, al netto delle spese per il rimborso del premio (3% del premio pagato), in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

Al momento dell'anticipata estinzione, il Contraente accredita all'Assicurato l'importo da rimborsare; la Società provvederà in seguito a rimborsare al Contraente la quota di premio.

Effettuato il rimborso le garanzie assicurative si risolvono e nulla è più dovuto dalla Società a qualsiasi titolo.

L'Assicurato ha altresì la facoltà di richiedere, contestualmente all'estinzione anticipata del finanziamento, che la copertura assicurativa rimanga in vigore fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato.

La copertura assicurativa resterà in vigore secondo il piano originariamente sottoscritto in favore del nuovo beneficiario che il debitore/Assicurato ha espressamente designato o, in mancanza, degli eredi legittimi.

Art. 8 - Beneficiari

L'Aderente designa i Beneficiari del capitale assicurato e 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'Aderente/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, come previsto al precedente art. 7, il capitale assicurato sarà eventualmente liquidato ai Beneficiari espressamente designati dal debitore/ Assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi.

Art. 9 - Pagamenti della Società

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato devono essere preventivamente consegnati alla Società

i seguenti documenti:

- scheda di adesione ed eventuali appendici;
- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su modulo fornito dalla dipendenza della Banca ove l'Assicurato intratteneva rapporto di c/c;
- copia delle cartelle cliniche, in caso di ricovero ospedaliero; relazione dell'Autorità Giudiziaria, cronache giornalistiche altra documentazione reperibile sulle cause del decesso nel caso l'evento si sia verificato per causa diversa dalla malattia.
- copia del testamento se esiste o atto notorio che indichi che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e contenga l'individuazione degli aventi diritto;
- fotocopia di un documento valido e codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- nel caso in cui tra i Beneficiari risultino Minori, Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione del capitale e ne determini l'impiego.

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

La Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso. Ogni pagamento viene effettuato presso la Società CREDITIS S.p.A. 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. 177 del D. Lgs. 209/2005, l'Aderente può recedere dal rapporto contrattuale entro trenta giorni dal momento in cui l'adesione 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

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.

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.

Art. 13 - Legge applicabile al contratto collettivo
Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

Art. 14 - 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.

Art. 15 - Prescrizione
Fatto salvo quanto previsto al comma 1, ai sensi dell'art 2952 comma 2 c.c., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Si rammenta inoltre che, ai sensi dell'art 1 comma 345 quater, legge n.266 del 2005, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti ramo vita, che non sono reclamati entro il termine di prescrizione sopra indicato, sono devoluti al fondo di cui al comma 343 istituito presso il Ministero dell'economia e delle Finanze.

3. GLOSSARIO

Società: la Società di Assicurazione Carige Vita Nuova S.p.A..

Contraente: la Società CREDITIS S.p.A., che stipula il contratto collettivo e paga il premio in nome e per conto degli Aderenti/Assicurati.

Aderente/Assicurato o debitore/assicurato: persona, richiedente il finanziamento concesso dalla Società CREDITIS S.p.A. che ha sottoscritto la Scheda di adesione ed ha accettato di corrispondere il premio dovuto.

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

Polizza collettiva: contratto di assicurazione sulla vita stipulato da un Contraente nell'interesse di un gruppo di Assicurati.

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

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.

Caricamenti: parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Premio puro: premio versato al netto dei caricamenti.

Riserva matematica: l'importo accantonato dalla Società per far fronte in futuro ai suoi obblighi contrattuali in termini di rischio morte.

Riserva spese di gestione: l'importo accantonato dalla Società, in funzione dei caricamenti, per far fronte alle spese future in capo al contratto.

pagina non utilizzabile

FASCICOLO INFORMATIVO

LUCKY

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

· NOTA INFORMATIVA
· GLOSSARIO
· INFORMATIVA PRIVACY
· CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

CARIGE ASSICURAZIONI S.P.A
Compagnia di Assicurazione Danni
facente parte del Gruppo Banca Carige

pagina non utilizzabile

Nota Informativa per i Contratti di Assicurazione Danni "Rami Elementari" – Polizza Lucky

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

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

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

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

INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Il patrimonio netto della Società, ammonta a 143,10 milioni di euro, il capitale sociale ammonta a 162,90 milioni di euro, le riserve patrimoniali ammontano a 43,50 milioni di euro.
L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 1,66 e sta ad indicare il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile ed il margine di solvibilità richiesto.

INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

DURATA DEL CONTRATTO

In mancanza di disdetta, da inviare a mezzo lettera raccomandata almeno trenta giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente rinnovato.

COPERTURA ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La copertura offerta è estesa al rischio di morte, da qualunque causa determinata.
Vengono inoltre coperti i casi di:

Invalidità Permanente totale causata da Infortunio per tutti i soggetti assicurati;
Disoccupazione, per tutti i dipendenti del settore privato;
Invalidità Permanente totale da malattia, se l'Assicurato sia non lavoratore;
Inabilità Temporanea totale causata da infortunio o malattia se l'Assicurato sia lavoratore autonomo o dipendente di Enti Pubblici;
Decesso per Infortunio.

- x **Sezione A - Assicurazione per invalidità permanente totale da infortunio**
  La copertura garantisce la corresponsione di un indennizzo per il caso di Invalidità Permanente totale da infortunio, se la percentuale di I.P. è maggiore del 60%.
- x **Sezione B - Assicurazione per disoccupazione**
  La copertura garantisce la corresponsione di un indennizzo al sopravvenire dello stato di disoccupazione a carico dell'Assicurato.
- x **Sezione C - Assicurazione per invalidità permanente totale da malattia**
  La copertura garantisce la corresponsione di un indennizzo per il caso di Invalidità Permanente totale da malattia, se la percentuale di I.P. è maggiore del 60%.
- x **Sezione D - Assicurazione per inabilità temporanea totale da infortunio o malattia**
  Nel caso di inabilità temporanea da infortunio o malattia, la società corrisponde la somma assicurata conseguenza diretta di ricovero che abbia comportato una degenza minimo di giorni 20.
- x **Sezione E - Decesso da infortunio**
  La Società corrisponde un indennizzo assicurato, in caso di decesso dell'Assicurato provocato da infortunio.

PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

Per la copertura malattia sono previsti periodi di carenza contrattuali indicati in maniera specifica dagli Articoli 27 – Oggetto della copertura per Disoccupazione, Art. 31– Denunce successive e Art. 37 - Oggetto della copertura per inabilità temporanea totale da infortunio o malattia delle Condizioni Contrattuali.

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

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze relative alla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti sulla prestazione, secondo quanto previsto dall'Art. 13 – Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio, delle Condizioni Contrattuali.
Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

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

danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
3) nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..

AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE
Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio, secondo quanto previsto dall'Art. 5 – Modifica della posizione lavorativa, delle Condizioni Contrattuali. Esempio: Attività dichiarata: Studente – Attività svolta: Fabbro. Conseguente riduzione di indennizzo: 60%.

PREMI
Il premio è dovuto in un'unica soluzione dalla Contraente in nome e per conto dell'Assicurato ed il pagamento avverrà con trattenuta sul finanziamento erogato da Creditis Servizi Finanziari S.p.A.
Non è contemplata altra modalità di pagamento del premio unico poiché il presente contratto è una polizza speciale che prevede come Aderente il singolo soggetto che ottiene il finanziamento dalle Società appartenenti al Gruppo Banca Carige. Nel presente contratto non ci sono costi a carico del Contraente; vengono riportati a seguire i costi a carico del debitore/Assicurato:

a) costi in percentuale del premio
é previsto un caricamento percentuale pari al 71% del premio.
Dall'ammontare complessivo dei suddetti costi fanno parte le spese di emissione del contratto.
La quota parte percepita in media dall'Intermediario è rappresentata dal 85% dei costi complessivi.
In valore assoluto, relativamente all'anno 2009, sui presenti contratti gli intermediari hanno percepito 585 mila Euro.
In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento la Società restituisce al debitore/Assicurato premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, come meglio specificato dall'Art. 21 delle Condizioni Contrattuali. In alternativa la Società, sempre su richiesta del debitore/Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato.

DIRITTO DI RECESSO
Il Contraente ha la possibilità di recedere dopo ogni sinistro indennizzabile ai termini di polizza entro i termini previsti dall'Art. 8 - Facoltà di recesso delle Condizioni Contrattuali. Nei contratti di durata pluriennale, è prevista la facoltà per il Contraente consumatore di recedere, **trascorso il quinquennio**, senza oneri e con preavviso di trenta giorni anche in assenza di sinistro.

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

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

REGIME FISCALE
Gli oneri fiscali a carico del Contraente, sono pari 2,5% del premio imponibile.

INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO
In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso alla Agenzia oppure alla Società entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 6 – Oneri dell'Assicurato in caso di sinistro, delle Condizioni Contrattuali.

RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI
Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, in caso di:
mancata osservanza, da parte della Compagnia e/o dei suoi intermediari e/o dei periti fiduciari, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi,
liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari, per le quali si chiede l'attivazione della rete FIN-NET (risoluzioni extragiudiziali delle controversie),
gli assicurati e/o i danneggiati - sia persone fisiche che giuridiche - e le associazioni riconosciute per la rappresentanza degli interessi dei consumatori possono presentare reclamo, **per iscritto**, inoltrato anche a mezzo fax o tramite e-mail, a Carige Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - fax 02/45402417 - e-mail *reclami@carigeassicurazioni.it*
Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:
nome, cognome e domicilio del reclamante, sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante. In quest'ultimo caso **è necessaria la controfirma del reclamante**,

per consentire il trattamento di informazioni a carattere personale del soggetto nel cui interesse viene proposto il reclamo;
identificazione del soggetto e della funzione aziendale di cui si lamenta l'operato;
breve descrizione del motivo della lamentela.

Ogni documentazione utile o necessaria a sostegno della lamentela presentata, deve essere unita in allegato.
Il reclamo in prima battuta deve essere inviato all'Impresa, che è tenuta a riscontrare il reclamante **entro 45 giorni dal pervenimento del reclamo** in Società.
Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà presentare reclamo all'ISVAP, inoltrato in Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, oppure trasmesso ai fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto. L'ISVAP, effettuata la necessaria istruttoria, da notizia dell'esito della stessa entro 120 giorni dal ricevimento del reclamo.

Si ricorda che:

In relazione alle **controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria**, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

In caso di **liti transfrontaliere**, è possibile presentare reclamo **direttamente al sistema estero competente**, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto, individuabile accedendo al sito *http://www.ec.europa.eu/internalmarket/finservicesretail/indexen.htm*, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-ET, **oppure all'ISVAP**, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

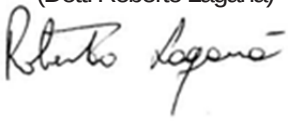
ARBITRATO

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

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

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

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



pagina non utilizzabile

GLOSSARIO

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

Aderente/Assicurato:
la persona, richiedente il finanziamento concesso da Creditis Servizi Finanziari S.p.A. che ha sottoscritto la Scheda di adesione ed ha accettato di corrispondere il premio dovuto.

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

Contraente:
Creditis Servizi Finanziari S.p.A., sede legale e Direzione in Genova via D'Annunzio 101, che stipula il contratto collettivo e paga il premio in nome e per conto degli Aderenti/Assicurati.

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

Decorrenza dell'assicurazione:
la data dalla quale si intendono valide ed efficaci le prestazioni descritte nella Scheda di adesione che deve corrispondere alla data di erogazione del finanziamento.

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

- x 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;
- x 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;
- x non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

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

Inabilità Temporanea Totale:
la perdita totale, in via temporanea, delle capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia.

Indennizzo:
l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fi siche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

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

Invalidità permanente totale:
la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo. L'invalidità permanente totale sarà riconosciuta, ai fini della presente polizza, quando il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia superiore al 60% sulla base della documentazione ufficiale attestante tale invalidità, facente parte della presente polizza (Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n° 1124 denominata "Tabella della valutazione del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA", di cui all'Allegato A). Si precisa che, in ogni caso, deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23.02.2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella e/o certificati INPS, INAIL, ASL.

Lavoratore Autonomo:
la persona fisica che abbia presentato, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa) del D.P.R. 22.12.1986 n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente polizza e durante la vigenza del contratto di assicurazione le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori

Autonomi i “Lavoratori a Progetto” (ex Collaboratori Coordinati Continuativi).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rata:
la rata risultante dal piano di ammortamento.

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

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

Società:
Carige Assicurazioni S.p.A. - Viale Certosa 222, 20156 Milano.

Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03

"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

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

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

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

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

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

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

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

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

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

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

a) Comunicazioni obbligatorie:
sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come 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) Magistrature; Forze dell'ordine (P.S., C.C., C.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CID; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.

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

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

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

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

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

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

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

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

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

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è 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 e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società.
- Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Art. 1 – OGGETTO DELLE COPERTURE

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere l'indennizzo all'Assicurato, in base alla copertura, qualora si verifichi un sinistro. Ai fini delle coperture, il sinistro può consistere:

1) nell'invalidità permanente causata da infortunio per tutti i soggetti assicurati;
2) nella disoccupazione per tutti i dipendenti del settore privato;
3) nell'invalidità permanente causata da malattia qualora l'Assicurato sia non lavoratore;
4) nell'inabilità temporanea totale causata da infortunio o malattia qualora l'Assicurato sia lavoratore autonomo o dipendente di enti pubblici;
5) nel decesso da infortunio per tutti gli Assicurati che abbiano un'età compresa tra 60 anni e 73 anni e nel caso in cui non sia stata attivata la polizza collettiva N. 6000253 di Carige Vita Nuova S.p.A..

Nel caso in cui il contratto di finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da 2 o più richiedenti, si considera Assicurato la persona indicata nella Scheda di adesione, sempre che, rispetto alla stessa, ricorrano le condizioni di assicurabilità di cui il successivo Art.2.

Art. 2 – PERSONE ASSICURABILI

È assicurabile la persona fisica che:

1) abbia stipulato il contratto di finanziamento e sottoscritto la Scheda di adesione;
2) goda di buona salute, cioè non sia affetta da malattie o lesioni gravi che necessitino trattamento medico regolare e continuato;
3) sia di età non inferiore a 18 anni (età calcolata in anni interi, considerando per intero la frazione superiore a sei mesi) fermo restando che l'età massima ai fini dell'efficacia della copertura è di 73 anni alla scadenza del finanziamento;
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.

Art. 3 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA

Per ogni Assicurato, e sempre che sia stato pagato il premio ai sensi del successivo Art. 4, la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui Creditis Servizi Finanziari S.p.A. eroga il finanziamento e trattiene il premio per la copertura assicurativa sottoscritta dall'Assicurato nella Scheda di adesione, o se successiva, dalla data in cui il premio è pagato, fermo restando i periodi di carenza, ed ha durata pari a quella del finanziamento.

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:

1) raggiungimento del 73esimo anno di età;
2) anticipata estinzione del contratto di finanziamento;
3) morte dell'Assicurato;
4) liquidazione dell'indennizzo previsto per invalidità permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato;
5) esercizio da parte della Contraente della facoltà di dichiarare la decadenza dal beneficio del termine nei confronti dell'Assicurato o, comunque, di domandare la risoluzione del contratto.

Art. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio è dovuto in unica soluzione dalla Contraente in nome e per conto dell'Assicurato ed il pagamento avverrà con trattenuta sul finanziamento erogato da Creditis Servizi Finanziari S.p.A..

Non è contemplata altra modalità di pagamento del premio unico, poiché il presente contratto è una polizza che prevede come Assicurato colui a cui sia stato erogato un finanziamento da Creditis Servizi Finanziari S.p.A..

La Società conferisce alla Contraente mandato per l'incasso dei premi. Al riguardo, le parti prendono atto che di tale mandato è fatta menzione nella Scheda di adesione sottoscritta dall'Assicurato che, ai fini del pagamento del premio, dà istruzioni alla Contraente perché detragga una somma pari all'importo del premio, dalla somma oggetto del contratto di finanziamento. Inoltre, in conseguenza del suddetto mandato, il pagamento del premio effettuato dall'Assicurato alla Contraente è come se fosse effettuato direttamente a favore della Società, anche ai fini dell'attivazione della copertura.

La Contraente, incassato il premio, dovrà provvedere a versare lo stesso alla Società.

Art. 5 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

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 dell'Assicurato al momento del sinistro.

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.

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.
L'Assicurato che sia lavoratore dipendente o lavoratore autonomo e, in pendenza della copertura, diventi non lavoratore ha diritto all'indennizzo per invalidità permanente da malattia solo nel caso in cui la malattia 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
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.
L'avviso scritto di sinistro deve essere inviato dall'Assicurato o i suoi aventi causa, unitamente alla documentazione di cui ai successivi articoli, tramite lettera raccomandata A.R. a:
Carige Assicurazione S.p.A., Convenzione Creditis - Via G. D'Annunzio, 55/A, 16129 Genova.
Si specifica che, in casi eccezionali o di particolare difficoltà valutativa, la Società potrà richiedere ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.
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 commi, a comunicare alla Società la continuazione del sinistro con le stesse modalità ed entro 90 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del sinistro.
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. 7 – 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 A.R..
In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione della Contraente la parte di premio al netto delle imposte relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 8 – FACOLTÀ DI RECESSO
L'Assicurato può recedere entro 30 giorni dal momento in cui l'assicurazione è conclusa.
L'Assicurato dovrà notificare la propria volontà con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata a:
Carige Assicurazioni S.p.A. viale Certosa 222, 20156 Milano.
Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale d'invio.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa all'Assicurato (previa consegna della Scheda di adesione) il premio versato al netto delle imposte.

Art. 9 – ONERI FISCALI
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 10 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE
Le eventuali modifiche alla presente polizza o a ciascuna delle coperture devono essere approvate per iscritto e avranno effetto solo per le coperture aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche.

Art. 11 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Art. 12 – LIMITI TERRITORIALI
Ai fini della presente polizza, le coperture per invalidità permanente totale e decesso da infortunio si estendono ai sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo. La copertura per inabilità temporanea totale si estende 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. 13 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della 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. 14 – 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. 15 – 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. 16 – FORO COMPETENTE
Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

Art. 17 – COMUNICAZIONI
Tutte le comunicazioni fra la 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. 18 – 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. 19 – CESSIONE DEI DIRITTI
L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla copertura di cui alla presente polizza.

Art. 20 – PRESCRIZIONE
I diritti derivanti dalle coperture si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

Art. 21 – RIMBORSO RATEI DI PREMIO NON GODUTI
In caso di anticipata estinzione del contratto di finanziamento, 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.

SEZIONE A
ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO

(garanzia operante per tutti gli assicurati)

Art. 22 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO
Nel caso di invalidità permanente totale da infortunio, 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 permanente totale 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;
4) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 24;
5) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 23 – INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO
L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di invalidità permanente totale da infortunio, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale calcolato alla data del sinistro che ha generato l'invalidità permanente totale da infortunio se IP maggiore del 60%.
L'indennizzo è calcolato dalla 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. Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'infortunio che ha provocato l'invalidità permanente totale 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 permanente totale , saranno detratti dall'importo dovuto per l'invalidità permanente totale.
L'indennizzo di cui al precedente comma 1 sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, e fino alla concorrenza di 80.000,00 (ottantamila/00) da intendersi come limite cumulativo per tutti i contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del sinistro.

Art. 24 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO
Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di invalidità permanente totale 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 idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sports 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 maniacodepressive o stati paranoidi;
16) connessione con l'uso o produzioni di esplosivi;
17) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
18) malattie tropicali;
19) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
20) nessun indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Scheda di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente polizza.

ART. 25 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare alla denuncia di cui al comma 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 permanente totale emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.), in difetto di relazione del medico legale attestante l'invalidità permanente totale, 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 documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

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. 26 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio oppure sul grado di invalidità permanente 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.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente totale 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 operante per i lavoratori dipendenti di aziende private)

Art. 27 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE

Nel caso di disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 28 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 90 giorni successivo alla data iniziale;
3) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 29;
4) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.6.

Art. 28 – INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

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 comma 3., di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale e di interessi, dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento.
L'indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del sinistro e in relazione a tutti i contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di euro 1.000,00 (mille/00).
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.
Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi è di 12 indennizzi mensili per ciascun sinistro e di 24 indennizzi mensili per ciascuna copertura.

Art. 29 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di disoccupazione se, al momento del sinistro, l'Assicurato è lavoratore autonomo o non lavoratore o dipendente del settore pubblico.
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 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 Collaboratori Coordinati Continuativi);
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. 30 – DENUNCIA DEL SINISTRO E ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato deve allegare alla denuncia di cui al comma del precedente Art. 6 la seguente documentazione:

- x copia di un documento di identità;
- x copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- x 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.

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. 31 – DENUNCE SUCCESSIVE

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.
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 INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

(garanzia operante solo per i non lavoratori)

Art. 32 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

Nel caso di invalidità permanente totale da malattia, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 33 qualora:

1) la malattia si sia verificata durante il periodo in cui la copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 3;
2) l'invalidità permanente totale dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data di insorgenza della malattia;
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;
4) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 34;
5) l'Assicurato, o i suoi aventi causa, abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 33 – INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di invalidità permanente totale da malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale, calcolato alla data di diagnosi della malattia, se invalidità permanente maggiore del 60%.
L'indennizzo è calcolato dalla 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. Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'insorgenza della malattia che ha provocato l'invalidità permanente totale 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 permanente totale, saranno detratti dall'importo dovuto per l'invalidità permanente totale.
L'indennizzo di cui al precedente comma sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, fino alla concorrenza di euro 80.000,00(ottantamila/00) da intendersi come limite cumulativo per tutti i contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del sinistro.

Art. 34 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di invalidità permanente totale 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) malattie mentali, disturbi psichici in genere e le nevrosi;
3) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni causate da tali eventi;
4) 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;
5) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
6) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
7) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;

8) 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) effetto di sieropositività HIV, AIDS;
10) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi;
11) malattie tropicali;
12) 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.

Art. 35 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare alla denuncia di cui al comma del precedente Art. 6 la seguente documentazione:

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- copie delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti compreso il certificato attestante la stabilizzazione della malattia denunciata ed 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 documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

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. 36 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della malattia oppure sul grado di invalidità permanente 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.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente totale 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 D
ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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

Art. 37 – 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. 38 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. 39;
4) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 38 – INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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 comma 3, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal contratto di assicurazione.

L'indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, il massimale mensile di euro 1.000,00 (mille/00).

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.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi è di 12

rate mensili per ciascun sinistro e di 36 rate mensili per ciascuna copertura.

Art. 39 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di inabilità temporanea totale se, al momento del sinistro, l'Assicurato è lavoratore dipendente del settore privato o non lavoratore.

Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di inabilità temporanea totale causata da:

1) conseguenze di malattie, malformazioni, stati patologici e infortuni verificatisi prima della data iniziale e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
2) infortuni o malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
3) infortuni o malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
4) infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
5) infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
6) infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
7) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
8) infortuni o malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratici, raggi X, ecc.);
9) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco – depressive o stati paranoidi, 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 un Istituto di cura.

Art. 40 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato deve allegare alla denuncia 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 i documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

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. 41 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro o dopo la denuncia di un sinistro 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 sia trascorso un periodo di riqualificazione di 60 giorni.

Dopo la denuncia di un sinistro per inabilità temporanea totale causata da infortunio, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per inabilità temporanea totale causata da infortunio se, dal termine del sinistro precedente, non sia trascorso un periodo di riqualificazione di 60 giorni.

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

Art. 42 – 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.

SEZIONE E
ASSICURAZIONE PER DECESSO DA INFORTUNIO

(garanzia operante per tutti gli Assicurati
nel caso in cui non sia stata attivata la polizza collettiva N. 6000253 di Carige Vita Nuova S.p.A.)

Art. 43 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER DECESSO DA INFORTUNIO
Nel caso di decesso da infortunio, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 44 qualora:
1) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 45;
2) il decesso sia avvenuto, anche successivamente alla data di scadenza della polizza entro 12 mesi dal giorno nel quale si è verificato l'infortunio che l'ha provocato;
3) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 44 – INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO DA INFORTUNIO
L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di decesso da infortunio, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale, alla data del sinistro che ha generato il decesso.
L'indennizzo è calcolato dalla 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. Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data del decesso 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 invalidità permanente totale, nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e la data del decesso saranno detratti dall'importo dovuto.
L'indennizzo di cui al precedente comma sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, fi no alla concorrenza di euro 80.000,00 (ottantamila/00) da intendersi come limite cumulativo per tutti i contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del sinistro.

Art. 45 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DECESSO DA INFORTUNIO
Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di decesso da infortunio causato da:
1) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
2) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
3) 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;
4) 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 idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sports aerei in genere;
5) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
6) 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;
7) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
8) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
9) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
10) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
11) 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.);
12) effetto di sieropositività HIV, AIDS;

13) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi;
14) connessione con l'uso o produzioni di esplosivi;
15) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
16) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
17) 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.

Art. 46 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, i suoi aventi causa devono allegare alla denuncia di cui al comma del precedente Art. 6 la seguente documentazione:

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- certificato di morte;
- certificato che precisi le esatte cause del decesso e se avvenuto a seguito di ricovero, cartella clinica;
- in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle Autorità intervenute;
- ogni documentazione inerente il sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere i documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.
Gli 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 e devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Art. 47 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura del decesso, 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.