

Polizza ChiaraProtezionePrestiti

Mod. BFAR_CRF_CPP01 - Edizione 09/2009

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario, Informativa sul trattamento dei dati personali, deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa



Chiara Vita S.p.A.-Compagnia di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.-Sede Legale e Operativa Via P.Gaggia, 4 20139 Milano-Tel (+39) 025743861 – Fax: (+39) 0255249904-Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazione SA-Capitale Sociale € 34.178.000,00 i.v. Num. Iscriz. Del Reg. delle Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962-R.E.A n.1882793-Iscri.Albo Imprese di Ass. n.1.00142- Iscr. Albo Gruppi Assicurativi n. d'ordine 031 -Imp.Autor.all'eser.delle ass. sulla Vita con Provv.I.S.V.A.P.n.1979 del 4 dicembre 2001(G.U. del 12/12/2001 n.288)



Chiara Assicurazioni SpA - Gruppo Banco Desio Sede Legale Via Rovagnati, 1 20033 DESIO – (MB) Direzione Generale: Via Galileo Galilei, 7 20124 MILANO Società per Azioni - Cap. Soc. Euro 8.212.000,00 i.v. CF e PIVA 05366510963 Reg. Imprese Monza Brianza 05366510963 Numero REA della CCIAA di Monza Brianza 1815609 Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni Danni con Provvedimento ISVAP N. 2470 del 26 Ottobre 2006 – G.U. N. 256 del 3 novembre 2006 - Iscritta alla Sez. I dell'Albo Imprese di assicurazione al n. 1. 00153

INDICE

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE E ALL'ASSICURATO	pag.	3
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE		
CONDIZIONI GENERALI	pag.	12
CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE		
SEZIONE A – ASSICURAZIONE IN CASO DI MORTE	pag.	18
SEZIONE B – ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA	pag.	21
SEZIONE C – ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA	pag.	24
SEZIONE D – ASSICURAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE	pag.	27
SEZIONE E – ASSICURAZIONE PER IL RICOVERO OSPEDALIERO	pag.	30
GLOSSARIO	pag.	32
ALLEGATO 1 - TABELLA INAIL	pag.	36
ALLEGATO 2 - MODULI DI DENUNCIA DEI SINISTRI	pag.	38
QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE	pag.	42
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	pag.	43

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE E ALL'ASSICURATO

La presente Nota Informativa è redatta secondo le indicazioni contenute nel D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 e nelle Circolari dell'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni private (I.S.V.A.P.) in materia

La Nota Informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A) INFORMAZIONI RELATIVE ALLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Le coperture assicurative delle Polizze sono sottoscritte come segue.

Per l'Assicurazione in caso di **Morte**, da: CHIARA VITA S.p.A., Compagnia di assicurazioni appartenente al Gruppo Helvetia, ha sede legale e direzione generale a Milano in Via Pietro Gaggia, 4 – CAP 20139. CHIARA VITA S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento dell'ISVAP n. 1979 del 4 Dicembre 2001.

Altre informazioni relative alla Compagnia:

- Numero di telefono +39 02 57438635;
 - Numero di fax +39 0255249904;
 - Sito internet www.chiaravita.it;
 - Indirizzo e-mail gestioneportafoglio@chiaravita.it;
- Partita I.V.A. e C.F. n. 03215010962.

Società di revisione dell'impresa

KPMG S.p.a.
Via Vittor Pisani 25
20124 Milano (Italia)

Per le garanzie **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Inabilità temporanea totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero** da: Chiara Assicurazioni S.p.A. Compagnia di assicurazioni appartenente al Gruppo Banco Desio, ha sede legale in Desio (Milano-Italia) in Via Rovagnati, 1 – CAP 20033 e Direzione generale in Milano – Via Galileo Galilei, 7 – CAP 20124. Iscritta alla Sez. I dell'Albo Imprese di assicurazione al n. 1. 00153. Chiara Assicurazioni S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento ISVAP n° 2470 del 26 ottobre 2006, pubblicato su Gazzetta Ufficiale n° 256 del 3 novembre 2006.

Altre informazioni relative alla Compagnia

- Numero di telefono +39 026328811
- Numero di fax +39 0262086598
- Sito internet www.chiaraassicurazioni.it
- Indirizzo e-mail [info@chiaraassicurazioni @chiaraassicurazioni.it](mailto:info@chiaraassicurazioni.it)
- Partita I.V.A. e C.F. n. 05366510963

Società di revisione dell'impresa

PricewaterhouseCoopers S.p.a.
Via Monte Rosa 91
20149 Milano

2. Conflitto di interessi

Le Società non versano in situazione di conflitto di interesse con riferimento ai prodotti oggetto delle presenti Polizze Assicuratrici.

Le Società, comunque, vigilano per assicurare la tutela degli Assicurati dall'insorgere di possibili conflitti di interesse, in coerenza con quanto previsto dalla regolamentazione ISVAP e con le procedure interne di cui si sono dotate le Società stesse.

B) INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Limiti di età, Decorrenza e Durata dell'Assicurazione

- 1) L'età dell'Assicurato, alla data di decorrenza delle coperture assicurative, deve essere almeno pari a 18 anni e comunque non superiore a 69 anni.
- 2) Per ogni Assicurato, a condizione che sia stato pagato il premio, l'assicurazione decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione ed ha durata pari a quella del Contratto (non può comunque essere inferiore a 6 mesi o superiore a 72 mesi).
- 3) In caso di estinzione anticipata del contratto, è data facoltà all'Assicurato di:
 - proseguire l'assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, designando eventualmente il nuovo Istituto finanziatore quale beneficiario. In tal caso le Compagnie emettono la documentazione necessaria secondo le indicazioni ricevute dall'Assicurato;
 - oppure
 - richiedere la risoluzione anticipata dell'assicurazione. In tal caso le Compagnie rimborsano la parte di premio non usufruita a decorrere dal giorno di estinzione del finanziamento al netto delle eventuali imposte governative.
- 4) L'Assicurazione termina alle ore 24.00 del giorno in cui termina il Contratto ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:
 - a) raggiungimento del 75mo anno di età;
 - b) morte dell'Assicurato;
 - c) liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso Morte e per l'Invalidità permanente totale;
 - d) scadenza del contratto.

Nel caso in cui il Contratto si estingua per insorgenza dello stato di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, si precisa che, in caso di morte dell'Assicurato successivamente all'insorgenza dello stato di Invalidità Totale e Permanente con conseguente liquidazione del capitale assicurato da parte di Chiara Assicurazioni, nulla è dovuto da parte di Chiara Vita in relazione al sinistro. Infatti l'assicurazione cessa di produrre effetti contestualmente al momento della corresponsione da parte della Società dell'indennizzo dovuto al momento dell'accertamento del sinistro.

La Finalità

In conseguenza del Contratto stipulato dall'Assicurato, la finalità della Polizza è quella di garantire all'Assicurato nei limiti previsti dalla stessa Polizza:

- in caso di **Morte o Invalidità permanente totale da Infortunio o da Malattia**, il rimborso del debito residuo in linea capitale risultante dal piano di ammortamento del Contratto esclusi eventuali importi dovuti a rate insolute. Conseguentemente, l'Indennizzo sarà via via decrescente in funzione delle caratteristiche del piano di ammortamento del finanziamento del Contratto;
- in caso di **Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero**, il rimborso

di rate mensili di pagamento del debito inerente al Contratto.

PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO: il pagamento di un indennizzo pari ad un importo eguale al debito residuo in linea capitale del Contratto al momento del Sinistro. Nel caso in cui il Contratto fosse stato anticipatamente estinto e l'Assicurato avesse optato per il mantenimento della copertura assicurativa, la Società liquiderà ai Beneficiari designati una somma pari a quello che sarebbe stato il debito residuo in linea capitale del Contratto al momento del Sinistro, secondo l'originario piano di rimborso del Contratto stesso come descritto nell'Art. 23 della sezione A. In caso di anticipata e/o parziale estinzione del Contratto, al soggetto presso cui è stato acceso il finanziamento viene corrisposto il debito residuo risultante alla data di decesso dell'Assicurato, mentre l'eccedenza del capitale assicurato rispetto al debito residuo stesso viene liquidata ai Beneficiari designati contrattualmente.

In caso di decesso conseguente a Malattia, il Sinistro è indennizzabile se avvenuto dopo le ore 24,00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 45 giorni.

PRESTAZIONE RELATIVA ALL'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA: il pagamento di un indennizzo pari ad un importo eguale al debito residuo in linea capitale del Contratto al momento del Sinistro. Nel caso in cui il Contratto fosse stato anticipatamente estinto e l'Assicurato avesse optato per il mantenimento della copertura assicurativa, la Società liquiderà ai Beneficiari designati una somma pari a quello che sarebbe stato il debito residuo in linea capitale del Contratto al momento del Sinistro, secondo l'originario piano di rimborso del Contratto stesso come descritto nell'Art. 28 della sezione B. In caso di Invalidità permanente totale da Malattia, il Sinistro è indennizzabile se avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 30 giorni.

PRESTAZIONE RELATIVA ALL'INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA: per ogni mese di durata dello stato di Inabilità Temporanea Totale, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto (garanzia valida solo per i Lavoratori Autonomi e per i Lavoratori Dipendenti di un Ente Pubblico). Per il primo Sinistro, se causato da malattia, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se la data di accadimento del Sinistro sia successiva alle ore 24.00 della data termine del Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale. Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Nei casi di estinzione anticipata del finanziamento o risoluzione del Contratto (ivi compresi i casi di estinzione parziale), se l'assicurazione rimane vigente (cfr. art. 4.1), l'ammontare degli Indennizzi mensili sarà sempre di importo pari alla rata mensile di rimborso del Contratto dovuta dall'Assicurato secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

PRESTAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE: per ogni mese di durata dello stato di Disoccupazione, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto (garanzia valida per i Lavoratori Dipendenti di un Ente Privato). Per il primo Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se la data di accadimento del Sinistro, intendendosi per tale la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o della lettera di messa in Mobilità, sia successiva alle ore 24.00 della data termine del Periodo di Carenza di 90 giorni successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sia trascorso il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni consecutivi di Disoccupazione. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal

termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualficazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

Nei casi di estinzione anticipata del finanziamento o risoluzione del Contratto (ivi compresi i casi di estinzione parziale), se l'assicurazione rimane vigente (cfr. art. 4.1), l'ammontare degli Indennizzi mensili sarà sempre di importo pari alla rata mensile di rimborso del Contratto dovuta dall'Assicurato secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

PRESTAZIONE RELATIVA AL RICOVERO OSPEDALIERO: per ogni mese di durata del Ricovero Ospedaliero, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto (copertura valida solo per i Non Lavoratori). Per il primo Sinistro, se causato da malattia, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se la data di accadimento del Sinistro sia successiva alle ore 24.00 della data termine del Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sia trascorso il Periodo di Franchigia Relativa di 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Nei casi di estinzione anticipata del finanziamento o risoluzione del Contratto (ivi compresi i casi di estinzione parziale), se l'assicurazione rimane vigente (cfr. art. 4.1), l'ammontare degli Indennizzi mensili sarà sempre di importo pari alla rata mensile di rimborso del Contratto dovuta dall'Assicurato secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

Modalità assuntive della polizza

La conclusione della Polizza è subordinata alla preventiva sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione in tutte le sue parti.

Premio: è la somma in denaro, comprensiva di imposte, dovuta dalla Contraente alle Società in base alla Polizza ed in relazione ad ogni singolo Contratto assicurato, avuto riguardo alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, nonché alle attività professionali svolte dall'Assicurato. Il Premio è unico, l'ammontare è indicato sul Dichiarazione di Adesione ed è calcolato sul capitale iniziale richiesto per il finanziamento in funzione della durata contrattuale. Il premio va corrisposto in via anticipata alla data di conclusione del Contratto.

Di seguito sono riportate alcune esemplificazioni degli importi di premio richiesti relativi alle combinazioni di durata e capitale iniziale.

Gli importi di premio non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti per esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Società solo dopo che l'assicurando abbia reso le necessarie informazioni.

Esemplificazione del calcolo degli importi di premio per la prestazione in caso di morte

Capitale Assicurato: 1.000		
Durata contrattuale (mesi)	Costo Cliente	Premio Unico
6	0,95%	9,50
9	0,95%	9,50
12	0,95%	9,50
15	0,95%	9,50
19	0,95%	9,50
24	0,95%	9,50
30	0,95%	9,50
36	0,95%	9,50
42	0,95%	9,50

48	0,95%	9,50
60	0,95%	9,50
72	0,95%	9,50

Esemplificazione del calcolo degli importi di premio per tutte le altre prestazioni

Capitale Assicurato: 1.000		
Durata contrattuale (mesi)	Costo Cliente	Premio Unico
6	2,05%	20,50
9	2,05%	20,50
12	2,05%	20,50
15	2,05%	20,50
19	2,05%	20,50
24	2,05%	20,50
30	2,05%	20,50
36	2,05%	20,50
42	2,05%	20,50
48	2,05%	20,50
60	2,05%	20,50
72	2,05%	20,50

4. Opzioni di contratto

Non è prevista alcuna opzione contrattuale esercitabile da parte delle Contraenti.

C) INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

5.1.1 Costi gravanti sul premio per la copertura Morte:

Il **caricamento complessivo** è pari allo **0,60% del capitale assicurato**, ed è rappresentato da due componenti:

- **caricamento per spese di acquisizione pari allo 0,380% del capitale assicurato;**
- **caricamento per spese di gestione pari allo 0,220% del capitale assicurato.**

6. Misure e modalità di eventuali sconti

In relazione alla presente polizza non sono previsti sconti.

7. Regime fiscale

Regime fiscale dei premi

I premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di invalidità permanente non inferiore al 5% da infortunio o malattia, il rischio di morte da qualsiasi causa derivante o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, se la Compagnia non ha facoltà di recesso dal contratto, ai sensi dell'art. 15 bis comma 1) lett. f) del D.P.R. n. 917/86, così come modificato dal D.Lgs. n. 344/03 c.d. "Nuovo T.U.I.R.", danno diritto annualmente ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) dichiarato dall'Assicurato alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. La detrazione spetta per un importo pari al 19% del premio unico corrisposto con un tetto massimo pari a Euro 245,32 (corrispondente ad un'aliquota fiscale del 19% applicata all'importo massimo di Euro 1.291,14).

Viene inviata al Contraente la documentazione che attesta l'importo del premio unico versato.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme erogate dalle Società al verificarsi del sinistro dell'Assicurato sono esenti da imposizione fiscale.

È opportuno verificare comunque la normativa vigente al momento della dichiarazione dei redditi.

D) ALTRE INFORMAZIONI SULL'ASSICURAZIONE

8. Modalità di perfezionamento dell'Assicurazione

L'adesione dell'Assicurato alla Convenzione Assicurativa avviene mediante sottoscrizione di una Dichiarazione di Adesione contestuale alla firma del Contratto.

Tale Dichiarazione di Adesione contiene altresì le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione. La Polizza avrà decorrenza dalla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, sempre che il Contratto sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del finanziamento, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del finanziamento.

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In particolare, in questi casi la Società si riserva:

- di contestare la validità della copertura, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto e, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

9. Risoluzione del contratto di assicurazione

L'Assicurazione si estingue, in caso di decesso dell'Assicurato o in caso di insorgenza dello stato di Invalidità Totale e Permanente nel corso della durata contrattuale, oppure, vivente l'Assicurato a quell'epoca, alla scadenza della Polizza o al raggiungimento del 75esimo anno di età.

Nel caso l'Assicurato non sia colpito da sinistro nel corso della durata contrattuale, l'Assicurazione si intenderà estinta alla data di scadenza ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

La presente formula assicurativa relativamente alla assicurazione in caso di morte non ammette la possibilità di risoluzione della polizza.

10. Riscatto e riduzione

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto della Polizza e non prevede valori di riduzione.

11. Revoca della proposta

L'Assicurato non ha la possibilità di revocare la propria proposta contrattuale, dal momento che la medesima si reputa conosciuta dalle Società ed il contratto si reputa concluso tra le parti sin dal momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione al Contraente.

12. Diritto di Recesso

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione dandone comunicazione alle Società tramite raccomandata A/R. In tal caso, le Società rimborseranno al Contraente il Premio pagato al netto dell'eventuale imposta. Le Società sono tenute al rimborso del premio entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, con diritto a trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale l'Assicurazione ha avuto effetto.

La Contraente decurterà l'importo rimborsato dal debito residuo del Contratto dovuto dall'Assicurato alla stessa Contraente.

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

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono, entro il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro, compilare debitamente l'apposito modulo, reperibile presso la Contraente, e inviare lo stesso a:

Chiara Vita S.p.A., Via P. Gaggia, 4, 20139 Milano, per l'assicurazione in caso di Morte;

Chiara Assicurazioni S.p.A., Via Galileo Galilei 7, 20124 Milano, per tutte le altre garanzie, con lettera raccomandata A/R unitamente alla documentazione richiesta.

La Società che presta la specifica Copertura provvede a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità del sinistro, a rendere nota la propria decisione e quindi, eventualmente, al pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del Sinistro. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori (al tasso di interesse legale vigente in quel momento) a favore dell'Assicurato o dei Beneficiari.

Una volta avvenuto il pagamento di un indennizzo per Inabilità Temporanea Totale o per 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 a compilare ed inviare alla Società il modulo di continuazione del Sinistro, reperibile presso la Contraente, con le stesse modalità di cui al precedente punto ed entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro.

Si specifica che, in casi eccezionali e di particolare difficoltà valutativa, le Società potranno richiedere quegli ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento della pratica di Sinistro. Le Società potranno inoltre, 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 Polizza.

Per le garanzie Invalidità permanente totale, Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero, in caso di mandato all'incasso conferito dall'Assicurato, la Società corrisponderà l'indennizzo al Contraente e sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato; per la garanzia Morte, l'indennizzo verrà corrisposto al Contraente, beneficiario ai sensi di polizza. Resta inteso che, in ogni caso, la Contraente compenserà l'obbligo di restituzione degli Indennizzi pagati dalla Società con ogni obbligo derivante dal Contratto e, ove risultino regolarmente pagate le rate del Contratto, restituirà totalmente o in parte gli Indennizzi all'Assicurato o ai suoi aventi causa.

14. Prescrizione

I diritti derivati dalla presente Polizza si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 2952, secondo comma c.c.

15. Legge applicabile

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

16. Lingua della Polizza

Si precisa che la Polizza ed ogni documento ad essa allegato è redatta in lingua italiana.

17. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativamente alla prestazione in caso di morte dell'Assicurato devono essere inoltrati per iscritto a:

Chiara Vita S.p.A – Ufficio reclami - Via P. Gaggia, 4 - 20139 Milano.

Fax: +39 0255249904

e-mail reclami@chiaravita.it

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativamente a tutte le altre prestazioni devono essere inoltrati per iscritto a:

Chiara Assicurazioni S.p.A.

Servizio Clienti

Via G. Galilei, 7 - 20124 Milano

Tel. +39 02 63288125 Fax. +39 02 62086598

e-mail segnalazioni@chiaraassicurazioni.it

Possono essere presentati all'ISVAP (Via del Quirinale 21 – 00187 Roma – Italia, oppure ai fax 06.42133745/ 06.42133353):

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi.
- i reclami già presentati direttamente alle compagnie di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle compagnie stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'ISVAP devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato alla compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del Paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente e il Contraente.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

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

18. Informativa in corso di polizza

Le Società si impegnano a consegnare tempestiva comunicazione per qualsiasi variazione delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione della Polizza.

L'Assicurato presta il proprio consenso alla trasmissione mediante tecniche a distanza delle informazioni che le Società forniranno in corso di Polizza. A tal fine, si precisa che le comunicazioni dovranno essere effettuata presso l'indirizzo indicato nel Contratto di finanziamento.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONDIZIONI GENERALI

ART. 1 - OGGETTO DELLE COPERTURE

- 1.1 Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, le Società si obbligano, nei limiti ed alle condizioni stabilite 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:
- nella **Morte**;
 - nell'**Invalidità permanente totale** causata da Infortunio o da Malattia;
 - nell'**Inabilità Temporanea Totale** causata da Infortunio o Malattia, solo qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico;
 - nella **Disoccupazione**, solo qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato;
 - nel **Ricovero Ospedaliero**, solo qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore.
- 1.2 Conseguentemente, la copertura relativa all'**Inabilità Temporanea Totale**, di cui alla successiva Sezione C, non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato o Non Lavoratori. La Copertura relativa alla Disoccupazione, di cui alla successiva Sezione D, non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico o Non Lavoratori. La Copertura relativa al **Ricovero Ospedaliero**, di cui alla successiva sezione E, non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti.
- 1.3 Si conviene che:
- la garanzia Morte è sottoscritta e prestata da Chiara Vita S.p.A.;
 - le garanzie Invalidità permanente totale da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero sono sottoscritte e prestate da Chiara Assicurazioni S.p.A.

ART. 2 – MASSIMALI ASSICURABILI

- 2.1 L'indennizzo non potrà superare, per ogni Assicurato e per tutti i contratti che siano in essere tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro, la somma di:
- Euro 50.000,00 in caso di Morte e Invalidità permanente totale;
 - Euro 2.000,00 mensili in caso di Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è di 6 rate per sinistro e di 18 rate per la durata delle garanzie.

ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ AL MOMENTO DELL'ADESIONE

3.1 È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- abbia stipulato il Contratto e aderito alla Polizza sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione; e
- goda di buona salute, e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato; e
- se Lavoratore Dipendente di Ente Privato, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Lavoratore Autonomo, non sia stato assente dalla Normale Attività Lavorativa, negli ultimi 12 mesi, per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio; e
- sia di età non inferiore a 18 anni né superiore a 69 anni, fermo restando che l'età massima ai fini dell'efficacia dell'Assicurazione è di 75 anni non compiuti.

ART. 4 – DECORRENZA, DURATA E MODALITÀ ASSUNTIVE DELL'ASSICURAZIONE

4.1 L'assicurazione decorre, a condizione che sia stato pagato il Premio, dalla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, fermi restando i Periodi di Carenza di cui all'Art. 22 per il caso Morte, all'Art. 27 per il caso di Invalidità permanente totale da Infortunio o da Malattia, all'Art. 31 per il caso di Inabilità Temporanea Totale, all'Art. 36 per il caso di Disoccupazione e all'Art. 41 per il caso di Ricovero Ospedaliero, ed ha durata pari a quella del Contratto di finanziamento, secondo l'originale piano di ammortamento.

In caso di estinzione anticipata del contratto, è data facoltà all'Assicurato di:

- proseguire l'assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, designando eventualmente il nuovo Istituto finanziatore quale beneficiario.

In tal caso le Compagnie emettono la documentazione necessaria secondo le indicazioni ricevute dall'Assicurato;

oppure

- richiedere la risoluzione anticipata dell'assicurazione. In tal caso le Compagnie rimborsano la parte di premio non usufruita a decorrere dal giorno di estinzione del finanziamento al netto delle eventuali imposte governative.

In caso di rinegoziazione (ivi comprese le estinzioni parziali anticipate) del contratto, l'assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza originaria del Contratto e le prestazioni continueranno ad essere operanti secondo il piano di ammortamento originale.

In caso di cessione del Contratto, la Polizza sarà volturata a favore del Soggetto subentrante, sempreché quest'ultimo sia in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3 e nei suoi confronti le garanzie saranno operanti nei termini previsti dal piano di ammortamento originale.

4.2 L'Assicurazione termina alle ore 24.00 del giorno in cui termina il Contratto ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

a) raggiungimento del 75esimo anno di età;

b) morte dell'Assicurato;

c) liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso Morte o per l'Invalidità permanente totale,

d) scadenza del contratto.

4.3 La conclusione della polizza è subordinata alla preventiva sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione in tutte le sue parti.

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO

5.1 L'Assicurato pagherà il Premio relativo della Polizza in unica soluzione al momento del perfezionamento del Contratto.

5.2 Ove le Società non accettassero la Dichiarazione di Adesione, le stesse rimborseranno all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la somma ricevuta a titolo di Premio.

5.3 Ai sensi dell'art. 118 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle Assicurazioni), il pagamento del premio eseguito in buona fede dall'Assicurato al Contraente si considera effettuato direttamente all'impresa di assicurazioni.

ART. 6 - MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

6.1 Qualora, in pendenza dell'Assicurazione, l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale inerente alla Normale Attività Lavorativa, l'Assicurazione sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà attivata un'Assicurazione corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato. Conseguentemente, l'Assicurazione che potrà essere fatta valere nei confronti delle Società in base alla presente Polizza sarà sempre quella corrispondente alla condizione occupazionale (Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore) dell'Assicurato al momento del Sinistro.

6.2 L'Assicurato che, in pendenza dell'Assicurazione, modifichi la sua posizione lavorativa e diventi Lavoratore Dipendente di Ente Privato, 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 360 giorni consecutivi dal momento in cui egli è diventato Lavoratore Dipendente di Ente Privato.

Finché non sia trascorso tale periodo sarà equiparato a Non Lavoratore ed avrà diritto all'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero.

6.3 L'Assicurato che, in pendenza della Copertura, modifichi la sua posizione lavorativa e diventi Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, ha diritto all'Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale solo se il Sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di 60 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato ha iniziato la propria Normale Attività Lavorativa come Lavoratore Autonomo o come Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico.

ART. 7 - ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

7.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto alle Società entro il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

7.2 Ai fini dell'avviso scritto di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono, entro il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro, compilare debitamente l'apposito modulo, reperibile presso la Contraente, e inviare lo stesso a:

- ◆ Chiara Vita S.p.A., Via P. Gaggia, 4, 20139 Milano, per l'Assicurazione in caso di Morte;
- ◆ Chiara Assicurazioni S.p.A., Via Galileo Galilei 7, 20124 Milano, per tutte le altre garanzie, con lettera raccomandata A/R unitamente alla documentazione di cui al successivo Art. 26 per il caso di Morte, al successivo Art. 30 per il caso di Invalidità permanente totale, al successivo Art. 34 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, al successivo Art. 39 per il caso di Disoccupazione e al successivo Art. 44 per il caso di Ricovero Ospedaliero.

Si specifica che, in casi eccezionali e di particolare difficoltà valutativa, le Società potranno richiedere quegli ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento della pratica di Sinistro.

7.3 Una volta avvenuto il pagamento di un indennizzo per Inabilità Temporanea Totale o per 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 a compilare ed inviare alla Società il modulo di continuazione del Sinistro, reperibile presso la Contraente, con le stesse modalità di cui al precedente punto ed entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro.

7.4 Le Società potranno, 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. 8 – MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

8.1 Per le garanzie Invalidità permanente totale, Inabilità Temporanea totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero, nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito alla Contraente un mandato all'incasso, in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base all'Assicurazione, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento alla Contraente dell'Indennizzo di cui ai precedenti punti. In tale caso la Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Contratto dovutogli dall'Assicurato e, per le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampiamente liberatoria, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese od azioni che fossero avanzate o promosse da chiunque.

8.2 Per la garanzia Morte l'indennizzo sarà corrisposto alla Contraente, beneficiario ai sensi di polizza.

8.3 Resta inteso che, in ogni caso, la Contraente, ove risultino regolarmente pagate le rate del Contratto, restituirà totalmente o in parte gli Indennizzi all'Assicurato o ai suoi aventi causa.

8.4 La Società che presta la specifica Copertura esegue il pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del Sinistro. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori (al tasso di interesse legale vigente in quel momento) a favore dell'Assicurato o dei Beneficiari.

ART. 9 - ONERI FISCALI

9.1 Le imposte e le tasse relative o discendenti dal presente contratto di assicurazione sono esclusivamente a carico dell'Assicurato.

ART. 10 - MODIFICHE DELLA POLIZZA

10.1 Le eventuali modifiche alla presente Polizza o a ciascuna delle coperture devono essere provate per iscritto e avranno effetto solo per le coperture aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche.

ART. 11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

11.1 Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 12 - LIMITI TERRITORIALI

12.1 Le coperture per Morte e Invalidità permanente totale hanno validità in tutto il mondo, fatto salvo quando indicato nelle esclusioni (art. 24 e art. 29). Le coperture per Inabilità temporanea totale, per Disoccupazione e per Ricovero Ospedaliero hanno validità nell'ambito dell'Unione Europea.

ART. 13 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

13.1 Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato 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 art. 1892, 1893 e 1894 c.c..

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

14.1 Resta convenuto che la copertura può cumularsi con altre coperture assicurative senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alle Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 15 - COLPA GRAVE, TUMULTI

15.1 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. 16 - DIRITTO DI SURROGA

16.1 Le Società rinunciano al diritto di surroga ex art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo o colpa grave, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

ART. 17 - DIRITTO DI RECESSO

17.1 L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione dandone comunicazione alle Società tramite raccomandata A/R. In tal caso, le Società rimborseranno all'Assicurato il Premio pagato al netto dell'eventuale imposta. La Contraente decurerà l'importo rimborsato dal debito residuo del Contratto dovuto dall'Assicurato alla Contraente stessa.

ART. 18 – CONTROVERSIE

18.1 Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro dovuto a Infortunio o Malattia e sulla misura dell'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata, su

richiesta dell'Assicurato, 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.

ART. 19 - COMUNICAZIONI E RECLAMI

19.1 Tutte le comunicazioni da parte delle Contraenti o dell'Assicurato alle Società, con riferimento alla presente Polizza, dovranno essere fatte per mezzo di raccomandata A.R., telegramma o telefax. Eventuali comunicazioni da parte delle Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

19.2 Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativamente alla prestazione in caso di morte dell'Assicurato devono essere inoltrati per iscritto a:

Chiara Vita S.p.A
Via Pietro Gaggia, 4
20139 Milano.
Tel:+39 02 5743861
Fax:+39 0255249904
e-mail reclami@chiaravita.it

19.3 Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativamente a tutte le altre prestazioni devono essere inoltrati per iscritto a:

Chiara Assicurazioni S.p.A.
Servizio Clienti
Via G. Galilei, 7
20124 Milano
Tel. +39 02 63288125
Fax. +39 02 62086598
Indirizzo di posta elettronica: segnalazioni@chiaraassicurazioni.it

Possono essere presentati all'ISVAP (Via del Quirinale 21 – 00187 Roma – Italia, oppure ai fax 06.42133745/ 06.42133353):

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi.
- i reclami già presentati direttamente alle compagnie di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle compagnie stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'ISVAP devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato alla compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del Paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente e il Contraente.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

19.4 Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

I.S.V.A.P. – Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 ROMA, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalle Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

ART. 20 - CESSIONE DEI DIRITTI

20.1 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, salvo quanto previsto al secondo comma dell'art. 4.1.

ART. 21 - PRESCRIZIONE

21.1 I diritti derivati dalla copertura si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 2952, secondo comma, c.c..

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A

ASSICURAZIONE IN CASO DI MORTE **(Garanzia attiva per tutti gli Assicurati)**

ART. 22 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI MORTE

22.1 Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Società corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo Art. 23, qualora si siano verificate tutte le seguenti condizioni:

- a) il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la copertura è efficace, ai sensi del precedente Art. 4; la Società corrisponde il capitale assicurato all'epoca del sinistro dell'Assicurato così come definito al successivo Art. 23. Tale prestazione viene corrisposta solo a condizione che l'ammortamento del finanziamento sia di tipo francese a tasso fisso o variabile. In caso di anticipata estinzione parziale o totale del finanziamento concesso, qualora l'Assicurazione resti in vigore secondo quanto indicato all'Art. 4.1, il capitale assicurato sarà pari al debito residuo previsto dal piano di ammortamento iniziale del Contratto. Nel caso l'Assicurato non sia colpito da sinistro nel corso della durata contrattuale, l'Assicurazione si intenderà estinta alla data di scadenza ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società;
- b) in caso di decesso dovuto a Malattia il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24,00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 45 giorni;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 24;
- d) la Morte non sia conseguente a un Sinistro per Invalidità permanente totale in relazione al quale sia già stato versato il relativo Indennizzo; infatti il contratto cessa di produrre effetti contestualmente al momento della corresponsione dell'indennizzo dovuto al momento dell'accertamento del primo sinistro;
- e) gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 7.
- f) l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il Sinistro sarà calcolato tenendo conto che:
 - da tale importo saranno dedotte le rate eventualmente scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori sulle stesse; e
 - la Società rimborserà un massimo di 2 mesi degli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data di comunicazione di tale evento.

ART. 23 - INDENNIZZO PER IL CASO DI MORTE

Il capitale assicurato ad una data epoca corrisponde al debito residuo in conto capitale risultante dal piano di ammortamento del Contratto. Il capitale assicurato è quindi pari alla somma delle future quote capitale, derivanti da un piano di ammortamento di tipo francese a tasso fisso e a rate costanti (o variabili per effetto della variazione periodica del tasso di interesse) o a tasso variabile.

Più precisamente, tale capitale assicurato è pari, nel caso in cui il debito non sia stato estinto anticipatamente – parzialmente o totalmente – o ceduto, al debito residuo in conto capitale rilevabile, all'epoca di valutazione, dai piani di ammortamento comunicati dal soggetto presso cui è stato acceso il finanziamento.

Il computo della somma delle quote capitale residue, al momento del sinistro, viene effettuato sulla base del tasso nominale di interesse applicato all'epoca della

sottoscrizione del Contratto.

Le informazioni necessarie al calcolo saranno comunicate alla Compagnia in fase di richiesta di liquidazione.

Nel computo del debito residuo in conto capitale non verranno incluse eventuali rate di debito, di competenza di un'epoca antecedente all'epoca del sinistro dell'Assicurato, che risultino insolute alla data del calcolo.

Dalla Compagnia non verranno, in alcun caso, corrisposte quote interessi.

Nel caso di più Assicurati, come definiti ai sensi di polizza, l'indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il sinistro sarà calcolato in proporzione al numero complessivo di Assicurati in copertura.

In tal senso, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che ha subito il Sinistro, nel caso di due o tre Assicurati, sarà pari rispettivamente al 50% o al 33,34% del debito residuo in linea capitale, restando inteso che, in base allo stesso criterio di calcolo:

- da tale importo sarà dedotta la parte proporzionale delle rate eventualmente scadute e non pagate alla data del Sinistro e degli eventuali interessi moratori sulle stesse; e
- la Società rimborserà un massimo di 2 mesi della parte proporzionale degli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data di comunicazione di tale evento.

In caso di estinzione anticipata del mutuo o risoluzione del Contratto o rinegoziazione (ivi comprese le estinzioni parziali anticipate), si applica quanto previsto dall'art. 4.1, secondo o terzo comma.

L'indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 50.000,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il soggetto finanziatore al momento del Sinistro.

ART. 24 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI MORTE

24.1 Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Morte causata da:

- a) malattie, malformazioni, invalidità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- b) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- c) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso in cui l'abilitazione risulti scaduta e l'Assicurato è comunque in possesso dei requisiti richiesti per il rinnovo;
- d) 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;
- e) pratica dei seguenti sport : sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- f) pratica di tutti gli sport svolta a carattere professionale (cioè che comporti un compenso o una remunerazione);
- g) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo o che si tratti di gare aziendali e interaziendali;
- h) etilismo, ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che il loro uso non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- i) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o malattia dell'Assicurato;
- j) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- k) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;

- l) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), contaminazione nucleare;
- n) viaggi e soggiorni per motivi professionali e non al di fuori del territorio dei paesi europei, USA, Canada, Australia, Giappone e Nuova Zelanda;
- o) effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- p) connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- q) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- r) suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- s) contaminazione Chimica, Batteriologica e Nucleare dovuta ad atto terroristico.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza.

ART. 25 - RISCATTO

25.1 L'Assicurazione non ha né conferisce alcun valore di riscatto.

ART. 26 - DENUNCIA DEL SINISTRO E ONERI RELATIVI

26.1 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 7, gli aventi causa dell'Assicurato devono allegare al modulo di denuncia di Sinistro di cui al punto 2 del precedente Art. 7 la seguente documentazione:

- a) copia della carta d'identità;
- b) certificato di Morte dell'Assicurato;
- c) relazione medica sulle cause del decesso e copia delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato presso ospedali o case di cura;

Nel caso in cui il Sinistro sia imputabile a Morte violenta devono inoltre essere prodotti i seguenti documenti:

- d) copia del verbale dell'Arma dei Carabinieri o certificato della Procura od altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente, da cui si desumano le precise circostanze del Decesso;
- e) copia di eventuale referto autoptico.

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

26.2 Gli aventi causa dell'Assicurato 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 dalla presente assicurazione. Gli aventi causa dell'Assicurato devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

SEZIONE B**ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA
INFORTUNIO O DA MALATTIA**
(Garanzia attiva per tutti gli Assicurati)**ART. 27 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA**

27.1 Nel caso di Invalidità permanente totale, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 28 qualora si siano verificate tutte le seguenti condizioni:

- a) l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4;
- b) l'Invalidità permanente totale dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
- c) in caso di Invalidità permanente totale da Malattia, il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 30 giorni;
- d) la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore dell'Assicurato dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 28;
- e) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 29;
- f) l'Assicurato o suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 7.
- g) l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il Sinistro sarà calcolato tenendo conto che:
 - da tale importo saranno dedotte le rate eventualmente scadute e non pagate alla data della relazione del medico legale che attesti l'Invalidità permanente totale e degli eventuali interessi moratori sulle stesse; e
 - la Società rimborserà un massimo di 2 mesi degli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data della relazione del medico legale attestante l'Invalidità permanente totale e la data di comunicazione di tale evento.

ART. 28 - INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA

28.1 L'Indennizzo per il caso di Invalidità permanente totale da Infortunio o da Malattia consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve al soggetto finanziatore alla data in cui il medico legale ha certificato essere insorta l'Invalidità permanente totale; il debito residuo è calcolato dal soggetto finanziatore in base alle condizioni del Contratto e deducendo da tale importo le rate scadute e non pagate a tale data e i relativi interessi di mora e spese accessorie. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data di insorgenza dell' l'Invalidità permanente totale e la data della relazione medica attestante la medesima invalidità, saranno detratti dall'Indennizzo dovuto per l' l'Invalidità permanente totale.

Nel caso di più Assicurati, come definiti ai sensi di polizza, l'indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il sinistro sarà calcolato in proporzione al numero complessivo di Assicurati in copertura.

In tal senso, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che ha subito il Sinistro, nel caso di due o tre Assicurati, sarà pari rispettivamente al 50% o al 33,34% del debito residuo in linea capitale, restando inteso che, in base allo stesso criterio di calcolo:

- da tale importo sarà dedotta la parte proporzionale delle rate eventualmente scadute e non pagate alla data della relazione del medico legale che attesti l'Invalidità permanente totale e degli eventuali interessi moratori sulle stesse; e

- la Società rimborserà un massimo di 2 mesi della parte proporzionale degli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data della relazione del medico legale attestante l'Invalidità permanente totale e la data di comunicazione di tale evento.

28.2 In caso di estinzione anticipata del finanziamento o risoluzione del Contratto o rinegoziazione (ivi comprese le estinzioni parziali anticipate), si applica quanto previsto dall'art. 4.1, secondo o terzo comma. In caso di Invalidità permanente totale dell'Assicurato denunciata successivamente all'estinzione anticipata del finanziamento o alla risoluzione del Contratto, la Società liquiderà all'Assicurato una somma pari a quello che sarebbe stato il debito residuo del Contratto di finanziamento, alla data della relazione del medico legale, secondo l'originario piano di rimborso del Contratto di finanziamento stesso.

28.3 L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 50.000,00 per Assicurato, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e il soggetto finanziatore al momento del Sinistro.

28.4 Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito alla Contraente un mandato all'incasso, in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base all'Assicurazione, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento alla Contraente degli Indennizzi dovuti. In tale caso la Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Contratto dovutogli dall'Assicurato e, per le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampiamente liberatoria, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese od azioni che fossero avanzate o promosse da chiunque. Ove risultino regolarmente pagate le rate del Contratto, all'Assicurato sono riconosciute le eventuali eccedenze di Indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato stesso

Art. 29 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA

29.1 Sono esclusi i casi di Invalidità permanente totale causata da:

- a) malattie, malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- b) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- c) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso in cui l'abilitazione risulti scaduta e l'Assicurato è comunque in possesso dei requisiti richiesti per il rinnovo;
- d) 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;
- e) pratica dei seguenti sport : sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- f) pratica di tutti gli sport svolta a carattere professionale (cioè che comporti un compenso o una remunerazione);
- g) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo o che si tratti di gare aziendali e interaziendali;
- h) etilismo, ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che il loro uso non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- i) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o malattia dell'Assicurato;
- j) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- k) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;

- l) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
 - m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), contaminazione nucleare;
 - n) viaggi e soggiorni per motivi professionali e non al di fuori del territorio dei paesi europei, USA, Canada, Australia, Giappone e Nuova Zelanda;
 - o) effetto di sieropositività HIV, AIDS;
 - p) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
 - q) connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
 - r) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
 - s) malattie tropicali;
 - t) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
 - u) contaminazione Chimica, Batteriologica e Nucleare dovuta ad atto terroristico
- Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza.

ART. 30 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

30.1 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 7, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 7 la seguente documentazione:

- a) copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- b) notifica di Invalidità permanente totale emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto di relazione del medico legale attestante l'Invalidità permanente totale, il relativo grado e la causa della stessa;
- c) ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

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

30.2 L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

SEZIONE C

ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

(garanzia attiva solo per i Lavoratori Autonomi e i Lavoratori
Dipendenti di Ente Pubblico)

ART. 31 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

31.1 Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 32 qualora si siano verificate tutte le seguenti condizioni:

- a) l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4;
- b) il Sinistro, se causato da malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla Data Iniziale;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33;
- d) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 7.

ART. 32 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

32.1 L'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia consiste nel pagamento - per ogni mese di durata dello stato di Inabilità Temporanea Totale, e nei termini di cui al successivo punto 32.4 - di una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

Nel caso di più Assicurati, come definiti ai sensi di polizza, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il Sinistro sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura. In tal senso, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che ha subito il Sinistro, nel caso di due o tre Assicurati, sarà pari rispettivamente al 50% o al 33,34% della rata mensile.

32.2 In caso di estinzione anticipata del finanziamento o risoluzione del Contratto o rinegoziazione (ivi comprese le estinzioni parziali anticipate), si applica quanto previsto dall'art. 4.1, secondo o terzo comma.

Il pagamento degli Indennizzi mensili da parte della Società seguirà le stesse modalità previste al precedente punto 32.1.

32.3 L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il soggetto finanziatore alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari a Euro 2.000,00.

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

32.5 Il numero massimo di pagamenti mensili è di 6 Indennizzi per ciascun Sinistro e di 18 Indennizzi nel corso della durata dell'Assicurazione.

32.6 Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito alla Contraente un mandato all'incasso, in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base all'Assicurazione, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento al Contraente degli Indennizzi dovuti. In tale caso la Contraente utilizzerà

l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Contratto dovutogli dall'Assicurato e, per le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampiamente liberatoria, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese od azioni che fossero avanzate o promosse da chiunque. Ove risultino regolarmente pagate le rate del Contratto, all'Assicurato sono riconosciute le eventuali eccedenze di Indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato stesso

ART. 33 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

33.1 Nessun Indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Inabilità Temporanea Totale se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore.

33.2 Sono esclusi dall'oggetto dell'Assicurazione i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:

- a) malattie, malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui procurato;
- c) 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;
- d) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;
- f) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- g) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- h) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- i) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- j) 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 validità dell'Assicurazione;
- k) qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- l) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- m) 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.

33.3 Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza.

ART. 34 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

34.1 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 7, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 7 la seguente documentazione:

- a) copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- b) attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- c) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- d) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

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

34.2 L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

ART. 35 - DENUNCE SUCCESSIVE

35.1 Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

35.2 Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 18 Indennizzi mensili.

SEZIONE D

ASSICURAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE **(garanzia attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)**

ART. 36 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE

36.1 Nel caso di Disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 37 qualora si siano verificate tutte le seguenti condizioni:

- a) 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. 4;
- b) la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità 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;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 38;
- d) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 7.

ART. 37 - INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

37.1 L'Indennizzo per il caso di Disoccupazione consiste nel pagamento - per ogni mese di durata dello stato di Disoccupazione, e nei termini di cui al successivo punto 37.4 - di una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e di interessi dovuta dall'Assicurato secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

Nel caso di più Assicurati, come definiti ai sensi di polizza, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il Sinistro sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura. In tal senso, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che ha subito il Sinistro, nel caso di due o tre Assicurati, sarà pari rispettivamente al 50% o al 33,34% della rata mensile.

37.2 In caso di estinzione anticipata del finanziamento o risoluzione del Contratto o rinegoziazione (ivi comprese le estinzioni parziali anticipate), si applica quanto previsto dall'art. 4.1, secondo o terzo comma.

Il pagamento degli Indennizzi mensili da parte della Società seguirà le stesse modalità previste al precedente punto 37.1.

37.3 L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il soggetto finanziatore alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari a Euro 2.000,00.

37.4 Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni consecutivi di Disoccupazione. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

37.5 Il numero massimo di pagamenti mensili è di 6 Indennizzi per ciascun Sinistro e di 18 Indennizzi nel corso della durata dell'Assicurazione.

37.6 Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito alla Contraente un mandato all'incasso, in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base all'Assicurazione, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento al Contraente degli Indennizzi dovuti. In tale caso la Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Contratto dovutogli dall'Assicurato e, per le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampiamente liberatoria, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese od azioni che fossero avanzate o promosse da

chiunque. Ove risultino regolarmente pagate le rate del Contratto, all'Assicurato sono riconosciute le eventuali eccedenze di Indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato stesso.

ART. 38 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

38.1 Nessun Indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Disoccupazione se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore.

38.2 Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Disoccupazione se:

- a) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il primo Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- b) al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione o messa in Mobilità, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- c) la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni;
- d) la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- e) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- f) la Disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o atipici e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto inserimento, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto";
- g) al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana; o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla legge italiana;
- h) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- i) la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Temporanea Totale;
- j) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- k) la Disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;
- l) l'Assicurato è in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

38.3 Nessun Indennizzo è dovuto dalla Società se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza;

ART. 39 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

39.1 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 7, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 7 la seguente documentazione:

- a) copia di un documento di identità;
- b) copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- c) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;

- d) copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
 - e) attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di Mobilità.
- 39.2 L'Assicurato si impegna 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 deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

ART. 40 - DENUNCE SUCCESSIVE

- 40.1 Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.
- 40.2 Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione a una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 18 Indennizzi mensili.

SEZIONE E
ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO
(garanzia attiva solo per Non Lavoratori)

ART. 41 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER RICOVERO OSPEDALIERO

41.1 Nel caso di Ricovero Ospedaliero, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 42 qualora si siano verificate tutte le seguenti condizioni:

- a) il Ricovero Ospedaliero si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4;
- b) il Sinistro, se causato da Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data Iniziale;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 43;
- d) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 7.

ART. 42 - INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

42.1 L'Indennizzo per il caso di Ricovero Ospedaliero consiste nel pagamento - per ogni mese di durata del Ricovero Ospedaliero, e nei termini di cui al successivo punto 42.4 - di una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

Nel caso di più Assicurati, come definiti ai sensi di polizza, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il Sinistro sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura. In tal senso, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che ha subito il Sinistro, nel caso di due o tre Assicurati, sarà pari rispettivamente al 50% o al 33,34% della rata mensile.

42.2 In caso di estinzione anticipata del finanziamento o risoluzione del Contratto o rinegoziazione (ivi comprese le estinzioni parziali anticipate), si applica quanto previsto dall'art. 4.1, secondo o terzo comma.

Il pagamento degli Indennizzi mensili da parte della Società seguirà le stesse modalità previste al precedente punto 42.1.

42.3 L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di finanziamento che siano pendenti tra l'Assicurato e il soggetto finanziatore alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari a Euro 2.000,00.

42.4 Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato al termine del Periodo di Franchigia Relativa di 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

42.5 Il numero massimo di pagamenti mensili è di 6 Indennizzi per ciascun Sinistro e di 18 Indennizzi nel corso della durata dell'Assicurazione.

42.6 Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito alla Contraente un mandato all'incasso, in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base all'Assicurazione, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento al Contraente degli Indennizzi dovuti. In tale caso la Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Contratto dovutogli dall'Assicurato e, per le somme così percepite, rilascerà alla Società regolare quietanza ampiamente liberatoria, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese od azioni che fossero avanzate o promosse da chiunque. Ove risultino regolarmente pagate le rate del Contratto, all'Assicurato sono riconosciute le eventuali eccedenze di Indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato stesso.

ART. 43 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

- 43.1 Nessun Indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Ricovero Ospedaliero se, al momento del Sinistro, l'Assicurato risulti essere Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico.
- 43.2 Sono esclusi dall'oggetto dell'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero derivanti dagli Infortuni o dalle Malattie che siano conseguenza di quanto già indicato nel precedente Art. 33 al punto 33.2.
- 43.3 Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza.

ART. 44 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

- 44.1 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 7, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 7 la seguente documentazione:
- copia del documento di identità;
 - autocertificazione sullo status di Non Lavoratore al momento del Sinistro o copia del contratto di lavoro (nel caso in cui l'Assicurato al momento del Sinistro sia Dipendente di Ente Privato con anzianità di servizio inferiore ai 12 mesi);
 - certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
 - i successivi certificati di Ricovero Ospedaliero alla scadenza del precedente.
- 44.2 L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

ART 45 - DENUNCE SUCCESSIVE

- 45.1 Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.
- 45.2 Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione a una Copertura per Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 18 Indennizzi mensili.

GLOSSARIO

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

Assicurato

Persone fisiche: Ciascuna delle persone fisiche, fino a un massimo di tre, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto con la Contraente e sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e presenti i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 3 della presente assicurazione.

Società di Persone: Tutte le persone fisiche, fino a un massimo di tre ed in quota proporzionale al loro numero, che siano socie della Società di Persone in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto di assicurazione e per cui, a tal fine, il legale rappresentante della Società di Persone abbia stipulato il Contratto con la Contraente e ciascun socio abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e presenti i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 3 della presente assicurazione.

Assicurazione: una copertura assicurativa, di cui alle sezioni della Polizza Collettiva, concessa all'Assicurato dalle Società ed in virtù della quale le Società si obbligano, al verificarsi di un Sinistro, e sempre che risultino regolarmente pagate le rate di premio, al pagamento dell'Indennizzo: in caso di Morte direttamente al Beneficiario; a favore dell'Assicurato, per tutte le altre garanzie.

Beneficiario: il soggetto cui spettano le somme assicurate: per la garanzia caso Morte: la Contraente. Per le altre garanzie: l'Assicurato.

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello della Contraente.

Contraente: la Banca Farnese S.p.A., che stipula la Polizza Collettiva con le Società per conto degli Assicurati.

Contratto: il Contratto di finanziamento con il quale la Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata di importo massimo pari a Euro 50.000,00, che dovrà essere restituita dall'Assicurato al Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata compresa tra 6 e 72 mesi, e al quale si riferiscono le Assicurazioni oggetto della presente Polizza.

Data di Decorrenza dell'Assicurazione: le ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive la Dichiarazione di Adesione, sempre che il Contratto sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del finanziamento, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del finanziamento.

Dichiarazione di Adesione: la dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato contestualmente al Contratto di finanziamento stipulato con la Contraente, mediante la quale l'Assicurato aderisce alla Polizza Collettiva e che contiene le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

Disoccupazione: lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, qualora egli:

- a) abbia cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; e

- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali; e
- c) non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Ente Privato: Ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico: Ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

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

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società, in base alle coperture assicurative di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, alla riduzione o all'estinzione del debito residuo in linea capitale del Contratto.

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

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze nocive;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Totale Permanente: la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo. Si considera totale l'Invalidità Totale Permanente di grado percentuale pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, di cui all'Allegato 1 della presente polizza.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 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 le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto".

Lavoratore Dipendente: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato comportante un obbligo di

prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 47, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) (lavoratori soci di cooperative), c) (borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento), d) (remunerazioni dei sacerdoti), g) (indennità parlamentari ed assimilate).

Liquidazione: pagamento della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Morte (o Decesso): il decesso dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

È equiparato a Non Lavoratore il Lavoratore Dipendente di Ente Privato che, alla data del Sinistro, abbia un'anzianità di servizio inferiore a 12 mesi.

Normale Attività Lavorativa: l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitudine e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Periodo di Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale l'Assicurazione non ha effetto.

Periodo di Franchigia Assoluta: periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, oppure per Disoccupazione, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

Periodo di Franchigia Relativa: periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro per Ricovero Ospedaliero, indennizzabile ai termini di Polizza, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo

Periodo di Riqualificazione: periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato 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 Disoccupazione.

Piano di ammortamento: Modello finanziario che riporta, per ogni periodo di rimborso, l'importo della rata dovuta, distinta tra quota capitale e quota interesse, il debito estinto ed il debito residuo.

Polizza: il presente documento, il quale contiene la disciplina delle coperture assicurative.

Premio: la somma in denaro, comprensiva di imposte, dovuta dall'Assicurato alle Società in base alla Polizza ed in relazione ad ogni singolo Contratto assicurato.

Premio unico: importo che l'Assicurato corrisponde in soluzione unica alle Società.

Pubblica Amministrazione: ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli

enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Ricovero Ospedaliero: la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

Sinistro: l'evento dannoso coperto dall'Assicurazione.

Società: Chiara Vita S.p.A. per la copertura Morte e Chiara Assicurazioni S.p.A. per le coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero.

ALLEGATO 1
Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente
(D.P.R. 30/6/65 n°1124)

DESCRIZIONE	PERCENTUALI		
	D.	-	S.
• Sordità completa di un orecchio		15%	
• Sordità completa bilaterale		60%	
• Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
• Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi		100%	
• Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
• Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
• Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
• Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria :			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
• Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
• Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
• Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio		5%	
• Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
• Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
• Perdita del braccio :			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
• Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
• Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
• Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
• Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
• Perdita totale del pollice	28%		23%
• Perdita totale dell'indice	15%		13%
• Perdita totale del medio		12%	
• Perdita totale dell'anulare		8%	
• Perdita totale del mignolo		12%	
• Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
• Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
• Perdita della falange ungueale del medio		5%	
• Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
• Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
• Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
• Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
• Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
• Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
• Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%		20%
• Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%

DESCRIZIONE	PERCENTUALI		
	D.	-	S.
• Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%		30%
• Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea:	18%		15%
• Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
• Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
• Perdita di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		80%	
• Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
• Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
• Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
• Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
• Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
• Perdita dell'alluce corrispondente metatarso		16%	
• Perdita totale del solo alluce		7%	
• Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun Indennizzo, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
• Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
• Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
• Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti il grado di invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino ad un limite massimo del 100%. La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito con riferimento alle percentuali previste alla suesposta tabella, tenendo conto della misura nella quale è diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla attività svolta dall'Assicurato.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

ALLEGATO 2 – Moduli di denuncia di sinistro

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO – PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE

Spett.le
 Chiara Vita S.p.A.
 Via P. Gaggia, 4
 20139 Milano (MI)

Oggetto: Denuncia Sinistro Posizione Assicurativa n _____

I sottoscritti:

a causa del decesso dell'Assicurato _____ avvenuto in data _____, in qualità di Beneficiari in caso di morte della posizione assicurativa indicata in oggetto, relativa alla Polizza n _____ sottoscritta da _____, chiedono con la presente la liquidazione per sinistro del capitale caso morte previsto contrattualmente.

Si prega di corrispondere gli importi spettanti a mezzo bonifico bancario come sotto dettagliato:

BENEFICIARIO	C.F.	ABI	CAB	C/C	%

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

- fotocopia di documento di identità valido e copia del codice fiscale di tutti i Beneficiari
- originale della Proposta, della polizza ed eventuali appendici contrattuali o denuncia di smarrimento;
- certificato di morte in originale dell'Assicurato;
- copia autenticata dell'eventuale testamento valido e non impugnato (solo se l'Assicurato ha lasciato testamento);
- dichiarazione sostitutiva, in originale, di atto notorio indicante:
 1. che l'Assicurato non ha lasciato testamento (per quanto ovvio: solo nel caso l'Assicurato non abbia lasciato testamento);
 2. elenco completo di tutti gli Eredi Legittimi dell'Assicurato, generalità, età e capacità giuridica degli stessi (solo se i Beneficiari designati in caso di decesso sono gli Eredi Legittimi stessi);
 - qualora uno dei Beneficiari sia minore o incapace copia autenticata del Decreto del Giudice Tutelare che nomina un Tutore del Beneficiario stesso e lo autorizzi, esplicitamente, alla riscossione della somma dovuta in caso di decesso in dipendenza del contratto assicurativo.
- copia del referto autoptico e dell'esame alcoolimetrico (in caso di mancata disposizione da parte dell'Autorità competente allegare documento attestante la mancata esecuzione);
- verbale dell'Autorità giudiziaria che ha rilevato la dinamica del sinistro, nonché estratto del registro degli atti penali recante l'indicazione dell'ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio di persona coinvolta nel sinistro.

I Beneficiari autorizzano la Compagnia a svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

Si autorizza al trattamento dei dati personali (D.Lgs 30 giugno 2003 n.196);

Luogo _____, Li _____

Firma dell'Incaricato della Banca

In fede

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO - TUTTE LE ALTRE PRESTAZIONI

Gentile cliente,
per consentire una più rapida valutazione del danno da Lei subito, La preghiamo di compilare in stampatello il presente modulo di sinistro seguendo attentamente le istruzioni qui di seguito riportate, e di inviarlo entro **60 giorni** tramite Raccomandata A.R., unitamente alla documentazione richiesta a:

CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A. Via Galileo Galilei, 7 - 20124 Milano

Per ogni informazione a Lei necessaria, La preghiamo di telefonare al numero: 800.31.29.55

Le ricordiamo, inoltre, che per consentire di esaminare la Sua denuncia dovrà sottoscrivere il Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili a Lei relativi.

ISTRUZIONI GENERALI PER LA COMPILAZIONE

1. Nel caso di una nuova denuncia di sinistro:

- Compilare tutte le sezioni del modulo relative alla tipologia di sinistro da denunciare.
- Far compilare dal proprio medico il questionario allegato (**in grafia leggibile**).
- Far compilare dal proprio datore di lavoro (lavoratori dipendenti) la sez. 4 (**in grafia leggibile**).
- Allegare fotocopia della carta d'identità o altro documento valido attestante la data di nascita.
- Allegare copia del contratto di finanziamento, cui è integrata la Dichiarazione di Adesione alla Polizza Assicurativa.
- Allegare ogni ulteriore documentazione utile alla valutazione del sinistro oltre a quanto di seguito richiesto:
- **Invalidità permanente totale:** allegare notifica di Invalidità permanente totale emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto relazione del medico legale attestante l'Invalidità permanente totale e il relativo grado, nonché i dettagli dell'Infortunio o della Malattia che l'ha generata.
- **Inabilità Temporanea Totale:** allegare attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo (es. Certificato di attribuzione Partita IVA) o di Dipendente di un Ente Pubblico al momento del sinistro; certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale; fotocopia del certificato INPS di inabilità temporanea (copia di pertinenza INPS) rilasciato dal proprio medico o del certificato INAIL se infortunio sul posto di lavoro.
- **Ricovero Ospedaliero:** allegare attestato che certifichi la condizione di Non Lavoratore o copia del contratto di lavoro che certifichi che l'Assicurato al momento del Sinistro sia Dipendente di Ente Privato con anzianità di servizio inferiore ai 12 mesi; certificato medico di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica.
- **Disoccupazione:** allegare una fotocopia della scheda professionale e del contratto di lavoro; copia della lettera di licenziamento; copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici, con status di disoccupato in Italia, presso il Centro per l'Impiego competente, o l'inserimento nelle liste di Mobilità, e l'eventuale permanenza in tali liste; attestazione del pagamento di eventuali indennità di disoccupazione.
Per la continuazione di un sinistro richiedere al suddetto numero telefonico un nuovo modulo di denuncia:
- **Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero:** compilare solamente la sezione 1, la sezione 3 (lav. autonomi), la sezione 4 (lav. Dipendenti) e la sezione 5. Allegare i documenti comprovanti la continuazione del sinistro (es. fotocopia del certificato medico, INPS/INAIL, di Inabilità Temporanea, fotocopia della scheda professionale e certificato iscrizione elenchi anagrafici - ex Liste di Collocamento ed equivalenti - con lo status di disoccupato, attestato pagamento indennità di disoccupazione, certificati di Ricovero Ospedaliero, ecc.).

Dichiarazione dell'avente causa (se il modulo non può essere compilato dall'Assicurato)

Io Sottoscritto/a in qualità di

..... della

persona assicurata, impossibilitata a compilare il presente modulo a causa di:

.....

dichiaro di aver compilato la presente denuncia di sinistro.

Domicilio.....

.....
Comune C.A.P. Prov.

Telefono.....Fax.....Mail.....

Firma Data

Sezione 1. Dati dell'Assicurato

Cognome Nome.....

Domicilio.....

Comune C.A.P. Prov.

Telefono.....Fax.....

E-Mail..... Data di nascita/...../..... Codice fiscale

La presente denuncia si riferisce al sinistro avvenuto il/...../..... a seguito di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Disoccupazione | <input type="checkbox"/> Inabilità temporanea totale da Infortunio (ITT) |
| <input type="checkbox"/> Invalidità permanente totale da Infortunio | <input type="checkbox"/> Inabilità temporanea totale da Malattia (ITT) |
| <input type="checkbox"/> Invalidità permanente totale da Malattia | <input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero (RICOVERO) |

Periodo per il quale viene presentata denuncia (ITT, RICOVERO, DISOCCUPAZIONE): dal/...../..... al/...../.....

Professione Lavorava ininterrottamente dal/...../.....

Nel caso non svolga alcuna attività lavorativa, La preghiamo di indicare il suo stato

Da quando Lei risulta non svolgere alcuna attività lavorativa ? /...../.....

Sezione 2. Caratteristiche del contratto di finanziamento

Ente FinanziarioN° Contratto

Importo finanziato in EuroDurata finanziamento dal/...../..... al/...../.....

 Importo rata in corso in Euro Mensile

 Importo rata originaria in Euro Frequenza pagamento rata Trimestrale

 Data Ultima rata pagata/...../..... Altro

Sezione 3. Da compilarsi per i Lavoratori Autonomi

Tipo di attività Ragione Sociale

Via /P.zza Comune C.A.P. Prov.

Telefono Fax E-Mail..... P.IVA

 Data inizio attività/...../.....Durante la Sua assenza, l'attività è proseguita regolarmente ? Sì No

Se sì, specificare modalità

Sezione 4. Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici e di Enti Privati (da compilarsi a cura del datore di lavoro)

Data di assunzione/...../..... Assenza a causa di infortunio o malattia dal/...../..... al/...../.....

Se Disoccupazione, data di cessazione del rapporto/...../..... a causa di

Data in cui l'Azienda ha comunicato al lavoratore il licenziamento o la Mobilità/...../.....

Qualifica e mansioni ricoperte

Ore lavorative settimanali

 Contratto a tempo: indeterminato determinato: indicare il tipo di contratto e la data di scadenza del contratto:

tipo contratto Data scadenza/...../.....

Ragione Sociale Azienda

Indirizzo.....

Attività Azienda
.....

Telefono: Fax: E-Mail

Firma del Titolare data/...../.....

Timbro dell'Azienda

Sezione 5. Dichiarazione dell'Assicurato o dell'Avente Causa

Io sottoscritto/a, dichiaro che le informazioni da me fornite corrispondono al vero ed inoltre dichiaro di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e/o il datore di lavoro e di consentire a Chiara Assicurazioni S.p.A. le indagini e gli accertamenti al fine di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di sinistro.

Inoltre, in caso di sinistro per Disoccupazione o Inabilità temporanea totale, dichiaro di non aver svolto alcuna attività lavorativa retribuita nel periodo cui si riferisce la presente denuncia.

Firma data / /

Decreto Legislativo 196/2003 - Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Dato atto che, al momento della stipulazione della Richiesta di Adesione alla polizza di assicurazione, in qualità di Assicurato, Chiara Assicurazioni S.p.A. mi ha reso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003, con la presente io sottoscritto/a..... dichiaro di essere informato del fatto che i dati personali e sensibili da me forniti con la compilazione del modulo prestampato sono necessari al solo ed unico fine di procedere efficacemente alla gestione e alla liquidazione del sinistro. Sono altresì informato del fatto che il rifiuto di fornire i dati di cui sopra, o di autorizzarne il trattamento e la trasmissione, implica l'impossibilità di procedere alla gestione e liquidazione del sinistro. Sono altresì informato del fatto che rimangono per il resto invariate tutte le altre indicazioni contenute nella citata informativa ed in particolare quanto ivi riportato in merito alle modalità di trattamento, al titolare e al responsabile e ai diritti a me riconosciuti ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Data...../...../..... Firma.....

Con la sottoscrizione che segue, esprimo il libero consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili da me forniti, da parte di Chiara Assicurazioni S.p.A., nonché alla loro comunicazione ai soggetti di cui al punto 5.a), b) e c) dell'informativa, oltrechè alle Società sopra menzionate ed ai conseguenti trattamenti da questi ultimi effettuati, ai soli fini inerenti all'esecuzione del contratto di assicurazione, inclusa la gestione e la liquidazione dei sinistri, nonchè per l'esecuzione di obblighi di legge.

Do il consenso..... Nego il consenso.....

Spazio riservato alla Società
SINISTRO N°:

QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE

Generalità del paziente.....
 Data di nascita/...../..... Numero tessera del Servizio Sanitario Nazionale
 Da quanto tempo l'Assicurato è registrato negli elenchi dei suoi pazienti?.....

Lei ha curato altre volte l'Assicurato per Infortunio o Malattia? Sì No Se sì, quando e per quali motivi ?

.....
 Data di inizio della Malattia o di accadimento dell'Infortunio/...../.....
 oppure, data del Decesso/...../.....
 Data della Diagnosi della Malattia o dell'Infortunio/...../..... Diagnosi e Prognosi della Malattia o Infortunio

Nel caso di Infortunio specificare la causa

Sono stati praticati esami particolari (radioscopie, radiografie, esami del sangue, ecc.)?

Quando?...../...../.....

Il paziente ha in precedenza consultato Lei o altri medici per i medesimi sintomi o condizioni? Sì No

La Malattia/ Infortunio dell'assicurato deriva da malattie, malformazioni, stati patologici o lesioni pre-esistenti? Sì No Se sì, La preghiamo di dettagliare quanto segue:

DATA	DIAGNOSI	CAUSA	TRATTAMENTO	DURATA MALAT./INFOR

Data dalla quale il paziente non può attendere nemmeno in parte alla normale attività lavorativa/...../.....

Secondo la Sua diagnosi, la Malattia o l'Infortunio del paziente è conseguente a complicazioni da: parto, gravidanza, aborto anche terapeutico, uso di sostanze stupefacenti in genere e psicofarmaci, uso di bevande alcoliche, atti di autolesionismo, condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili, radiazioni atomiche, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti estetici, partecipazioni in competizioni agonistiche, pratica di sport pericolosi, connessione con l'uso o la produzione di esplosivi, atti di autolesionismo ?

Sì No Se sì, La preghiamo di specificare:

.....
 Ha Lei raccomandato l'intervento di uno specialista? Sì No

Se sì, La preghiamo di indicarci il nominativo e relativo recapito postale e telefonico dello studio da Lei raccomandato:

.....
 Se è stato necessario il ricovero del paziente, La preghiamo di indicarci l'Ospedale e il medico che l'ha seguito:

.....
 Il paziente è stato ricoverato dal/...../..... al...../...../.....

Il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa ? Sì No

Se sì, indichi la data dalla quale il paziente sarà in grado di riprendere la sua attività lavorativa/...../.....

Il sottoscritto Dott.certifica che le informazioni fornite corrispondono al vero.

..... data...../...../.....

FIRMA

Timbro del Medico

Indirizzo dello studio :

Telefono: Fax:

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'articolo 13 del D.L. 30/6/2003 n° 196)

1) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative ⁽¹⁾

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, le Società devono disporre di dati personali che La riguardano – dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti ⁽²⁾ e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge ⁽³⁾ – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili ⁽⁴⁾ strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela ⁽⁵⁾, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e le Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa" ⁽⁶⁾.

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

2) Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali

Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento di Suoi dati da parte delle Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi.

Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari ⁽⁷⁾: il consenso riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati da tali soggetti.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Pertanto, che Lei sia o non sia interessato alle opportunità sopra illustrate, può liberamente concedere o negare il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati.

3) Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati ⁽⁸⁾ dalle Società – titolari del trattamento – solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando dati vengono comunicati – in Italia o all'estero – per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e

procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

Nelle Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa ⁽⁹⁾; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

4) Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso le Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento ⁽¹⁰⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, relativamente alla prestazione in caso di morte, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, presso Direzione di Chiara Vita S.p.A., Responsabile Rapporti Clientela, Via P. Gaggia, 4 20139 Milano, tel. . 02 57438635 fax 0255249904, e-mail: InfoChiaraVita@bancodesio.it ⁽¹¹⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, relativamente a tutte le altre prestazioni, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, presso Chiara Assicurazioni S.p.A., Responsabile Rapporti Clientela, Via Galileo Galilei, 7, 20124 Milano, tel. 02 6328811 fax 02 62086598, e-mail: Infochiaraassicurazioni@chiaraassicurazioni.it ⁽¹¹⁾.

NOTE

⁽¹⁾ La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

⁽²⁾ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 7, quarto e quinto trattino); altri soggetti pubblici.

⁽³⁾ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

⁽⁴⁾ Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.

⁽⁵⁾ Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

⁽⁶⁾ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti (indicati nell'invito); autofficine (indicate nell'invito o scelte dall'interessato); centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito), tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per

trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;

- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);

- ANIA – Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 – Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;

- organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati, quali (ripartiti secondo i rami assicurativi interessati):

Consorzio Italiano di Assicurazioni Aeronautiche, CIAA; Concordato Cauzione Credito 1994; ULAV - Unione Latina Assicurazione Valori; Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici; Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento; Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto - CID; Ufficio Centrale Italiano - UCI S.c. a r.l.; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Roma; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste; ANADI - Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto; SIC - Sindacato Italiano Corpi; Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati - CIRT; Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici; ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 - Roma); nonché altri soggetti, quali: UIC - Ufficio Italiano dei Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB – Commissione Nazionale per le Società e la Borsa; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione; Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAL, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

⁽⁷⁾ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim.

L'elenco completo e aggiornato dei suddetti soggetti è disponibile gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in informativa.

⁽⁸⁾ Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

⁽⁹⁾ Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

⁽¹⁰⁾ Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse.

L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

⁽¹¹⁾ L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli al Servizio indicato in informativa. L'elenco completo e aggiornato dei responsabili del trattamento è conoscibile in modo agevole anche nei siti internet www.chiaravita.it e www.chiaraassicurazioni.it. La normativa e le disposizioni contenute nelle presenti Condizioni Generali di Assicurazione costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal Contraente.