

Polizza Protezione Mutuo

Mod. CPM01_012 - Edizione 06/10

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- Iscri. 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 – Monza-Brianza 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.	2
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE:		
CONDIZIONI GENERALI	pag.	14
CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE:		
SEZIONE A – ASSICURAZIONE IN CASO DI MORTE	pag.	23
SEZIONE B – ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA	pag.	28
SEZIONE C – ASSICURAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE	pag.	31
SEZIONE D – ASSICURAZIONE PER IL RICOVERO OSPEDALIERO	pag.	34
GLOSSARIO	pag.	36
MODULI DI DENUNCIA DEI SINISTRI	pag.	39
QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE	pag.	43
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	pag.	45

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 **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 (MB-Italia) in Via Rovagnati, 1 – CAP 20033 e Direzione generale in Milano – Via Galileo Galilei, 7 – CAP 20124. 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. E' iscritta alla Sez. I dell'Albo Imprese di Assicurazione al n.1. 00153.

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.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 Assicurative.

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) Il contratto si intende concluso, previa sottoscrizione da parte dell'assicurato del Modulo di adesione e corresponsione del premio unico previsto, alle ore 24 del giorno di erogazione del Mutuo. La conclusione del contratto è comunque subordinata all'accettazione da parte delle Società del Modulo di adesione sulla base degli elementi valutativi indicati all'Art. 5 delle condizioni di assicurazione. La decorrenza delle coperture assicurative coincide con la data di conclusione del contratto.
- 3) La durata contrattuale coincide con la durata prevista dal piano di ammortamento del Mutuo: per la garanzia morte la durata non può comunque essere inferiore a 1 anno o superiore a 30 anni per i mutui a durata fissa e 20 anni per i mutui a durata flessibile; per tutte le altre garanzie la durata massima è pari a massimo 10 anni.
- 4) Per la garanzia morte in relazione ai mutui di durata flessibile, si specifica che la durata della copertura assicurativa coincide con la durata iniziale del piano di ammortamento; pertanto qualora il decesso dell'Assicurato avvenga oltre la data di scadenza iniziale del piano di ammortamento del mutuo flessibile, nulla è dovuto da parte della Compagnia Chiara Vita.
- 5) In caso di estinzione anticipata o risoluzione del Contratto di mutuo è data facoltà all'Aderente 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'Aderente;
 - 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 mutuo 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.

- 6) Fermo restando quanto stabilito nei punti precedenti l'Assicurazione termina alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:
- a) raggiungimento del 70mo anno di età;
 - b) morte dell'Assicurato;
 - c) liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso Morte;
 - d) scadenza del Mutuo.

La Finalità

In conseguenza del Mutuo stipulato tra l'Assicurato e il Contraente, la finalità della Polizza è quella di garantire all'Assicurato nei limiti previsti dalla stessa Polizza: il rimborso del debito residuo in linea capitale risultante dal piano di ammortamento del Mutuo esclusi eventuali importi dovuti a rate insolute, e determinato in base al piano di rimborso del Mutuo, al momento del Sinistro. Conseguentemente, l'Indennizzo sarà via via decrescente in funzione delle caratteristiche del piano di ammortamento del Mutuo concesso dal Contraente all'Assicurato, in caso di **Morte**; il rimborso di rate mensili di pagamento del debito inerente al Contratto in caso di **Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero**.

PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO: In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale Chiara Vita corrisponde il capitale assicurato all'epoca del decesso dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto questo si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito dal Chiara Vita.

Ad eccezione del caso di anticipata estinzione parziale/totale o cessione del Mutuo, la prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta all'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il Mutuo.

In caso di anticipata estinzione parziale del Mutuo, all'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il Mutuo 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 anticipata estinzione totale o cessione del mutuo la prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta ai Beneficiari designati contrattualmente.

Il periodo di carenza per la copertura temporanea in caso di decesso è di 180 giorni.

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

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 dall'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo.

PRESTAZIONE RELATIVA ALL'INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA: per ogni mese di durata della copertura, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Mutuo (garanzia valida solo per i Lavoratori Autonomi e per i Lavoratori Dipendenti di un Ente Pubblico). Per ogni Sinistro, 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 (applicabile solo per i casi di malattia) e se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 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 causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riquilificazione di 30

giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

PRESTAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE: per ogni mese di durata della copertura, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Mutuo (garanzia valida per i Lavoratori Dipendenti di un Ente Privato). Per ogni 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 60 giorni successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sia trascorso il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 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 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riquilificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

PRESTAZIONE RELATIVA AL RICOVERO OSPEDALIERO: per ogni mese di durata della copertura, una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto (copertura valida solo per i Non Lavoratori). Per ogni Sinistro, 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 (applicabile solo per i casi di malattia) 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.

Modalità assuntive della polizza

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

4. Premio: è la somma in denaro, comprensiva di imposte, dovuta dall'Assicurato alle Società in base alla Polizza ed in relazione ad ogni singolo Mutuo assicurato. Il Premio è unico e va corrisposto in via anticipata alla data di conclusione del Mutuo

Relativamente alla garanzia per il caso morte:

L'importo del premio unico viene determinato da Chiara Vita considerando:

- il valore del capitale iniziale assicurato, pari all'importo totale (o parziale in caso di erogazione del medesimo mutuo a più persone) del mutuo richiesto, maggiorato del premio di Assicurazione;
- la durata contrattuale;
- l'età dell'Assicurato al momento dell'erogazione del mutuo;
- il sesso dell'Assicurato;
- lo stato di salute e le attività professionali svolte dall'Assicurato.

Chiara Vita inoltre, nel caso in cui dagli accertamenti sanitari o dal questionario sanitario emergano patologie di rilievo, si riserva la facoltà di:

– rifiutare l'assunzione del rischio

ovvero

– stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di

eventuali sovrappremi sanitari o l'esclusione di specifici rischi.

L'Assicurato pertanto alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione si impegna a corrispondere l'importo del premio così determinato, importo che viene addebitato sul conto corrente dell'Assicurato stesso e accreditato sul conto corrente della Compagnia alla data di conclusione del contratto.

Di seguito sono riportate alcune esemplificazioni degli importi di premio richiesti relativi alle combinazioni di durata, capitale assicurato, età e sesso.

Il presente contratto non prevede valori di riduzione né di riscatto.

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 Compagnia solo dopo che l'assicurando abbia reso le necessarie informazioni e nei casi previsti abbia compilato il questionario sanitario o si sia assoggettato agli accertamenti sanitari.

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

Importi di premio

Relativamente alla prestazione in caso di morte, la quota parte di premio percepita dalla Contraente è pari al 5% del premio imponibile.

Capitale assicurato: € 50.000

Sesso m	Durata (anni)					
Età	5	10	15	20	25	30
30	198,50	378,00	577,50	834,50	1.188,50	1.691,00
35	195,00	405,50	690,50	1.092,50	1.670,50	2.488,50
40	246,50	568,50	1.029,50	1.696,50	2.661,50	3.957,00
45	391,00	922,00	1.693,50	2.812,00	4.367,50	
50	630,00	1.524,50	2.825,00	4.629,50		
Sesso f	Durata (anni)					
Età	5	10	15	20	25	30
30	80,50	156,00	251,50	382,00	560,50	807,00
35	97,00	202,50	350,00	554,50	833,50	1.218,50
40	134,00	302,50	536,00	856,00	1.297,50	1.908,00
45	211,50	477,50	844,00	1.350,50	2.059,50	
50	317,50	734,50	1.314,50	2.130,50		

Capitale assicurato: € 100.000

Sesso m	Durata (anni)					
Età	5	10	15	20	25	30
30	397,00	756,00	1.155,00	1.669,00	2.377,00	3.382,00
35	390,00	811,00	1.381,00	2.185,00	3.341,00	4.977,00
40	493,00	1.137,00	2.059,00	3.393,00	5.323,00	7.914,00
45	782,00	1.844,00	3.387,00	5.624,00	8.735,00	
50	1.260,00	3.049,00	5.650,00	9.259,00		
Sesso f	Durata (anni)					
Età	5	10	15	20	25	30
30	161,00	312,00	503,00	764,00	1.121,00	1.614,00
35	194,00	405,00	700,00	1.109,00	1.667,00	2.437,00
40	268,00	605,00	1.072,00	1.712,00	2.595,00	3.816,00
45	423,00	955,00	1.688,00	2.701,00	4.119,00	
50	635,00	1.469,00	2.629,00	4.261,00		

Capitale assicurato: € 200.000

Sesso m	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
Età						
30	794,00	1.512,00	2.310,00	3.338,00	4.754,00	6.764,00
35	780,00	1.622,00	2.762,00	4.370,00	6.682,00	9.954,00
40	986,00	2.274,00	4.118,00	6.786,00	10.646,00	15.828,00
45	1.564,00	3.688,00	6.774,00	11.248,00	17.470,00	
50	2.520,00	6.098,00	11.300,00	18.518,00		
Sesso f	Durata (anni)					
Età	5	10	15	20	25	30
30	322,00	624,00	1.006,00	1.528,00	2.242,00	3.228,00
35	388,00	810,00	1.400,00	2.218,00	3.334,00	4.874,00
40	536,00	1.210,00	2.144,00	3.424,00	5.190,00	7.632,00
45	846,00	1.910,00	3.376,00	5.402,00	8.238,00	
50	1.270,00	2.938,00	5.258,00	8.522,00		

Relativamente a tutte le altre garanzie il premio è pari all'1,50% del capitale assicurato. La quota parte di premio percepita dalla Contraente è pari al 30% del premio imponibile.

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

		Capitale Assicurato: 50.000	Capitale Assicurato: 100.000	Capitale Assicurato: 200.000
Durata (Anni)	Costo Cliente	Premio Unico	Premio Unico	Premio Unico
5	1,50%	750,00	1.500,00	3.000,00
10	1,50%	750,00	1.500,00	3.000,00
15	1,50%	750,00	1.500,00	3.000,00
20	1,50%	750,00	1.500,00	3.000,00
25	1,50%	750,00	1.500,00	3.000,00
30	1,50%	750,00	1.500,00	3.000,00

Nel caso in cui il mutuo preveda più soggetti coobbligati o garanti:

- per il caso morte, il capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere superiore all'intero valore del mutuo erogato. In tale caso ciascun aderente del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione per un importo pari al capitale assicurato prescelto. Nel caso il contratto assicurativo sia sottoscritto per un importo iniziale inferiore a quello del mutuo concesso, , gli indennizzi per ciascun aderente verranno erogati proporzionalmente al capitale assicurato prescelto.

- per tutte le altre garanzie il capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere superiore all'intero valore del mutuo erogato. In tale caso ciascun aderente del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione per un importo pari al capitale assicurato prescelto.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'Importo del mutuo erogato indicato sul Modulo di Polizza, l'indennizzo verrà proporzionalmente ridotto.

5. Opzioni di contratto

Non è prevista alcuna opzione contrattuale esercitabile da parte del Contraente.

C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

6.1 Costi gravanti direttamente sul contraente

6.1.1 Costi gravanti sui premi della copertura Morte:

Nella sottostante tabella vengono riportati i costi applicati:

Voce	Aliquota/Importo
Caricamento	25% del premio di tariffa
	0,03% del capitale assicurato
Diritti fissi	0 euro

7. Misure e modalità di eventuali sconti

In relazione alla presente polizza non sono previsti sconti.

8. 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. Alla data di redazione della presente Nota Informativa, ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente. 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 dalla Compagnia 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 SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

L'adesione dell'Assicurato alla Convenzione Assicurativa avviene mediante sottoscrizione del Modulo di Adesione contestuale alla firma del Mutuo stipulato con il Contraente.

Tale Modulo di Adesione contiene altresì le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione. La Convenzione Assicurativa avrà decorrenza dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Modulo di Adesione, sempre che il Mutuo sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del Mutuo, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del Mutuo .

La decorrenza delle coperture assicurative coincide con la data di conclusione del Mutuo.

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/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 Compagnia 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.

10. Risoluzione del contratto

Il Contratto si estingue, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, oppure, vivente l'Assicurato a quell'epoca, alla scadenza del contratto. Nel caso l'Assicurato non sia colpito da sinistro nel corso della durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il premio pagato resterà acquisito dalla Compagnia.

La presente formula assicurativa non ammette la possibilità di risoluzione del contratto.

11. Riscatto e riduzione

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'Assicurazione e non prevede valori di riduzione.

12. Revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione della Polizza - e dunque entro e non oltre il giorno precedente la data di decorrenza delle coperture assicurative l'Assicurato ha la facoltà di revocare la Dichiarazione di Adesione.

Entro il termine sopraindicato l'Assicurato che intenda avvalersi del diritto di revoca, deve inviare comunicazione scritta alle Società, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o presentare richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stata stipulata la Polizza.

Entro 30 giorni dalla data convenzionale di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di revoca, la Compagnia restituisce all'Assicurato l'importo del premio unico nel caso in cui l'Assicurato abbia già effettuato il versamento.

L'esercizio del diritto di revoca libera l'Assicurato e la Compagnia da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta di revoca.

13. Diritto di Recesso

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo 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

Il Contraente decurterà l'importo rimborsato dal debito residuo del Mutuo dovuto dall'Assicurato al Contraente.

14. 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 Banca, 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 Banca, 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 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, il 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 Mutuo, restituirà totalmente o in parte gli Indennizzi all'Assicurato o ai suoi aventi causa.

15. Prescrizione

I diritti derivanti dall'Assicurazione 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 c.c., secondo comma.

16. Legge applicabile al contratto

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

17. Lingua della Polizza

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

18. 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 6328 811 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.

19. Informativa in corso di contratto

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 effettuate presso l'indirizzo di posta elettronica e/o il numero di fax indicato in Polizza .

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:

- a) nella **Morte**;
- b) nell'**Inabilità Temporanea Totale** causata da Infortunio o Malattia, solo qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico;
- c) nella **Disoccupazione**, solo qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato;
- d) nel **Ricovero Ospedaliero**, solo qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore.

1.2 Si conviene che:

- a) la garanzia Morte è sottoscritta e prestata da Chiara Vita S.p.A.;
- b) le garanzie 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 la somma:

- a) di Euro 250.000,00 in caso di morte;
- b) di Euro 1.500,00 mensili in caso di Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è di 12 rate per sinistro e di 36 rate per la durata delle garanzie;

per tutti i mutui che siano in essere tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro.

ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

3.1 È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) abbia stipulato il Mutuo e aderito alla Polizza sottoscrivendo il Modulo di Adesione; e
- b) goda di buona salute, e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato; e
- c) 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 70 anni non compiuti.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA

4.1 Per ogni Assicurato, e sempre che sia stato pagato il Premio, l'assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data di conclusione del contratto fermi restando i Periodi di Carenza di cui all'Art. 24 per il caso Morte, 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 Mutuo, secondo l'originale piano di ammortamento

In caso di estinzione anticipata del Mutuo, è data facoltà all'Aderente di:

- proseguire l'assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originaria

mente pattuite, designando eventualmente il nuovo Istituto finanziatore quale beneficiario.

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

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 Mutuo, l'assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza originaria dello stesso e le prestazioni continueranno ad essere operanti secondo il piano di ammortamento originale.

In caso di cessione del Mutuo, 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.

La durata contrattuale coincide con la durata prevista dal piano di ammortamento del Mutuo concesso all'Assicurato. La durata minima è pari a 1 anno; la durata massima per la garanzia morte è pari a 30 anni per i mutui a durata fissa e 20 anni per i mutui a durata flessibile.

Per la garanzia morte in relazione ai mutui di durata flessibile, si specifica che la durata della copertura assicurativa coincide con la durata iniziale del piano di ammortamento; pertanto qualora il decesso dell'Assicurato avvenga oltre la data di scadenza iniziale del piano di ammortamento del mutuo flessibile, nulla è dovuto da parte di Chiara Vita.

La durata massima per tutte le altre garanzie è pari a massimo 10 anni.

In relazione ai mutui di durata flessibile, si specifica che la durata della copertura assicurativa coincide con la durata iniziale del piano di ammortamento, pertanto qualora il decesso dell'Assicurato avvenga oltre la data di scadenza iniziale del piano di ammortamento del mutuo flessibile, nulla è dovuto da parte della Società.

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

- a) raggiungimento del 70esimo anno di età;
- b) morte dell'Assicurato;
- c) liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso Morte;
- d) scadenza dell'Assicurazione.

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

ART. 5 – MODALITÀ ASSUNTIVE

La conclusione del contratto è subordinata alla preventiva accettazione, da parte delle Società, della Dichiarazione di Adesione.

In particolare per la garanzia morte:

- le informazioni necessarie alla Compagnia per la valutazione della Dichiarazione di Adesione variano in funzione dell'età dell'Assicurato alla data di decorrenza, data di scadenza del contratto e con l'importo iniziale richiesto dall'Assicurato.

- è sufficiente l'autocertificazione dello stato di buona salute dell'Assicurato nei seguenti casi:

Età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto	Età dell'Assicurato alla scadenza	Mutuo richiesto
Fino a 60 anni	fino a 70 anni	fino a € 150.000,00

- è richiesta la compilazione di un questionario sanitario nei casi sopra indicati qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad autocertificare il proprio stato di buona salute e nei casi che seguono:

Età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto	Età dell'Assicurato alla scadenza	Mutuo richiesto
Fino a 60 anni	Fino a 70 anni	Fino a 200.000 €
Superiore a 60 anni	Fino a 70 anni	Fino a 150.000 €

- è prevista la presentazione di questionario sanitario e accertamenti sanitari nei seguenti casi:

Età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto	Età dell'Assicurato alla scadenza	Mutuo richiesto
Fino a 60 anni	Fino a 70 anni	Fino a 250.000 €
Superiore a 60 anni	Fino a 70 anni	Fino a 250.000 €

Si precisa, nel caso di rischi comuni, che i limiti monetari su indicati sono da riferirsi al cumulo degli importi assicurati.

Nel caso in cui dal questionario sanitario o dagli accertamenti sanitari emergano patologie di rilievo, Chiara Vita si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio

ovvero

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi.

L'Assicurato ha la facoltà di sottoscrivere il Modulo di Adesione – e quindi dare avvio al rapporto contrattuale - entro 15 giorni a decorrere dall'epoca in cui Chiara Vita abbia accettato il rischio assicurativo (eventualmente con l'applicazione di sovrappremi sanitari), sempre che all'epoca di sottoscrizione non sia cambiata l'età. Trascorso tale termine, l'Assicurato deve procedere alla sottoscrizione di una nuova Dichiarazione di Adesione.

Tutte le altre garanzie danni sono subordinate all'accettazione della Dichiarazione di Adesione da parte di Chiara Vita.

ART. 6 - PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

6.3 Le Società conferiscono al Contraente mandato per l'incasso dei Premi. In conseguenza del suddetto mandato, il pagamento del Premio effettuato dall'Assicurato

al Contraente è come se fosse effettuato direttamente a favore delle Società, anche ai fini dell'attivazione della Mutuo.

ART. 7 - MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

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.

ART. 8 - ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

- 8.1 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.
- 8.2 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 Banca, 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. 30 per il caso di Morte, 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.
- 8.3 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 Banca, 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.
- 8.4 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. 9- MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

- 9.1 Per le garanzie Inabilità Temporanea totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero, 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 dell'Indennizzo di cui ai precedenti punti. In tale caso il Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Mutuo 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.
- 9.2 Per la garanzia Morte l'indennizzo sarà corrisposto al Contraente, beneficiario ai sensi di polizza.

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

9.4 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. 10 - ONERI FISCALI

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

ART. 11 - MODIFICHE DELLA POLIZZA

11.1 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. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 13 - LIMITI TERRITORIALI

13.1 Le coperture per Morte ha validità in tutto il mondo, fatto salvo quando indicato nelle esclusioni (Art. 27). Le coperture per Inabilità Totale Temporanea, per Disoccupazione e per Ricovero Ospedaliero hanno validità nell'ambito dell'Unione Europea.

ART. 14 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

14.1 Le dichiarazioni dell'Assicurato e del Contraente devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 Compagnia 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 dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base ai dati corretti, delle somme dovute.

14.2 Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della Copertura, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 c.c.

ART. 15 - ALTRE ASSICURAZIONI

15.1 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. 16 - COLPA GRAVE, TUMULTI

16.1 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. 17 - DIRITTO DI SURROGA

17.1 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. 18- DIRITTO DI REVOCA

19.1 Nella fase che precede la conclusione del contratto - e dunque entro e non oltre il giorno precedente la data di decorrenza delle coperture assicurative – l'Assicurato, ai sensi dell'art. 176, d.lgs 7 settembre 2005, n. 209, ha la facoltà di revocare la Dichiarazione di Adesione.

Entro il termine sopraindicato l'Assicurato che intenda avvalersi del diritto di revoca, deve inviare comunicazione scritta alle Società, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o presentare richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto.

Entro 30 giorni dalla data convenzionale di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di revoca, la Società restituisce all'Assicurato l'importo del premio unico nel caso in cui l'Assicurato abbia già effettuato il versamento.

L'esercizio del diritto di revoca libera il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta di revoca.

ART. 19- DIRITTO DI RECESSO

19.1 L'Assicurato, ai sensi dell'art. 177, d.lgs 7 settembre 2005, n. 209, ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto stesso è concluso.

Entro il termine sopraindicato l'Assicurato che intenda avvalersi del diritto di recesso, deve inviare comunicazione scritta alle Società, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o presentare richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto.

Le Società rimborseranno all'Assicurato il Premio pagato al netto dell'eventuale imposta. Le Società sono tenute al rimborso del premio entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione

L'esercizio del diritto di recesso libera il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

ART. 20 – CONTROVERSIE

20.1 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. 21 - COMUNICAZIONI E RECLAMI

21.1 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.

21.2 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

21.3 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 6328811
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.

ART. 22 - CESSIONE DEI DIRITTI

22.1 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. 23 – PRESCRIZIONE

23.1 I diritti derivanti 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 c.c., secondo comma.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A

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

ART. 24 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI MORTE

24.1 Nel caso di Morte dell'Assicurato, la Società corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo Art. 25, qualora:

- a) il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace; la Società corrisponde il capitale assicurato all'epoca del sinistro dell'Assicurato così come definito al successivo Art. 25. Tale prestazione viene corrisposta solo a condizione che l'ammortamento del mutuo sia di tipo francese a tasso fisso o variabile e per mutui di durata fissa o flessibile. In caso di anticipata estinzione parziale o totale del mutuo 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 Mutuo. Nel caso l'Assicurato non sia colpito da sinistro nel corso della durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.
- b) il sinistro avvenga dopo il periodo di carenza per la copertura temporanea in caso di decesso che è pari a 180 giorni;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 27;
- d) gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 8.

ART. 25 - INDENNIZZO PER IL CASO DI MORTE

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

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 dall'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo.

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

Le informazioni necessarie al calcolo saranno comunicate dall'Istituto di Credito alla Società 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 Società non verranno, in alcun caso, corrisposte quote interessi.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto questo si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

In relazione ai mutui di durata flessibile, Chiara Vita non assicura il debito residuo eventualmente presente per effetto dell'estensione della durata iniziale del Mutuo stesso in epoche successive alla data di scadenza del mutuo inizialmente fissata.

Nel caso in cui il mutuo preveda più soggetti coobbligati o garanti, il capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere superiore all'intero valore del mutuo erogato. In tale caso ciascun Beneficiario del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione per un importo pari al capitale iniziale assicurato richiesto.

Nel caso il contratto assicurativo sia sottoscritto per un importo iniziale inferiore a quello del mutuo concesso il capitale assicurato viene proporzionalmente ridotto.

In caso di anticipata estinzione totale o parziale del mutuo concesso, il Mutuo resterà in vigore per un capitale assicurato pari al debito residuo quale risulta dal piano di ammortamento iniziale senza tener conto dell'anticipata estinzione stessa.

Nel caso in cui nel contratto di mutuo subentri un diverso Soggetto la Polizza resterà in vigore, sulla testa dell'Assicurato originariamente designato, per un capitale assicurato pari al debito residuo quale risulta dal piano di ammortamento iniziale senza tener conto della cessione stessa.

Ad eccezione del caso di anticipata estinzione parziale/totale o cessione del mutuo, la prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta all'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo.

In caso di anticipata estinzione parziale del mutuo, all'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo 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 anticipata estinzione totale o cessione del mutuo la prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta ai Beneficiari designati contrattualmente.

Il periodo di carenza per la copertura temporanea in caso di decesso è di 180 giorni.

L'immediata efficacia della copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. Se l'Assicurato sceglie di non sottoporsi a visita medica - assunzione con la sola autocertificazione dello stato di buona salute o con il solo questionario sanitario -, la garanzia del capitale assicurato viene sospesa durante il periodo di carenza e in caso di sinistro durante tale periodo, nessuna prestazione o restituzione dei premi pagati è dovuta da parte della Società.

Tale limitazione non si applica e la Società garantisce l'intera somma assicurata, esclusivamente nel caso in cui il sinistro avvenga per conseguenza diretta di un infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

25.2 L'Indennizzo per il caso di Morte, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve al Contraente al momento del Sinistro, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Mutuo, diminuito delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e dei relativi interessi di mora e spese accessorie.

25.3 Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso Morte è il Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Mutuo dovutogli dall'Assicurato. Il Contraente manterrà a disposizione dei legittimi eredi dell'Assicurato le eventuali eccedenze di Indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

25.4 In caso di Morte dell'Assicurato successiva all'estinzione anticipata del mutuo, la Società liquiderà ai Beneficiari una somma pari a quello che sarebbe stato il debito residuo in linea capitale del mutuo al momento del Sinistro, secondo l'originario piano di rimborso del mutuo stesso.

ART. 26 - BENEFICIARI

26.1 Ad eccezione del caso di anticipata estinzione parziale/totale o cessione del mutuo, la prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta all'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo; tale Beneficiario è irrevocabile.

In caso di anticipata estinzione parziale del mutuo, all'Istituto di Credito 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 anticipata estinzione totale o cessione del mutuo la prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta ai Beneficiari designati contrattualmente.

Relativamente ai Beneficiari designati contrattualmente, il Contraente può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione mediante comunicazione scritta alla Società o per testamento.

La designazione non può essere revocata o modificata dopo che:

1. l'Assicurato ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
2. si sia verificata la morte dell'Assicurato;
3. verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

ART. 27 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI MORTE

27.1 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, taumachia;
- 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 del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza.

ART. 28 – RISCATTO

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

ART. 29 – PRESTITI

29.1 In relazione alla presente Polizza non sono concedibili prestiti

ART. 30 - DENUNCIA DEL SINISTRO E ONERI RELATIVI

30.1 In caso di decesso, i Beneficiari (i.e. l'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo e/o i Beneficiari designati contrattualmente in caso di anticipata estinzione parziale/totale o cessione del debito) debbono darne avviso alla Società, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero recandosi allo sportello della Banca presso cui è stato stipulato il Mutuo, allegando i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto come appresso indicato.

La Società provvede a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità del decesso, a rendere nota la propria decisione e, nel caso sia accertata l'indennizzabilità del sinistro, a liquidare la prestazione entro 30 giorni dalla data convenzionale di ricevimento della completa documentazione richiesta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora.

La documentazione da inoltrare è la seguente:

- 1) originale del Modulo di Adesione, della Polizza di Assicurazione e delle eventuali appendici contrattuali;
- 2) piano di ammortamento del mutuo da cui è possibile individuare esattamente il debito residuo al momento del decesso - nonché gli elementi necessari alla Società per la valutazione del debito residuo stesso - e le coordinate bancarie di accredito sottoscritte da un Soggetto Facoltizzato dall'Istituto di Credito;
- 3) fotocopia leggibile di un valido documento di identità e documentazione attestante la facoltà dispositiva (cfr. precedente punto 2) del Soggetto Facoltizzato dall'Istituto di Credito;
- 4) certificato di morte dell'Assicurato (in originale);
- 5) copia integrale della cartella clinica, in caso di decesso avvenuto in ospedale, clinica o casa di cura;
- 6) certificato medico attestante la causa del decesso in caso di decesso non dovuto ad infortunio e non avvenuto in ospedale o casa di cura;
- 7) eventuale referto autoptico e necroscopico;
- 8) eventuale relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti il decesso in caso di decesso dovuto ad infortunio.

Inoltre, nel caso di Beneficiari in caso di decesso diversi dall'Istituto di Credito:

- 9) consenso all'utilizzo dei dati personali (D.Lgs N. 196/03) sottoscritto dai Beneficiari;
- 10) dati anagrafico fiscali dei Beneficiari e loro coordinate bancarie sottoscritte in originale (nome, cognome, codice fiscale, Banca, C.A.B., A.B.I. e numero di conto corrente di ciascun Beneficiario);
- 11) fotocopia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale dei Beneficiari;
- 12) atto notorio o equipollente dichiarazione sostitutiva, in originale, dell'atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento dell'Assicurato e riporti l'indicazione degli

- eredi legittimi (se sono i Beneficiari indicati sul contratto);
- 13) copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenni o incapace;
 - 14) copia autentica del testamento, se esistente.

Inoltre, l'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo, gli eventuali altri Beneficiari, o altra persona in loro vece devono:

- fornire ogni ulteriore documentazione che la Società ritenga opportuno richiedere per l'accertamento del sinistro;
- consentire alla Società di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

30.1 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 8, gli aventi causa dell'Assicurato devono allegare al modulo di denuncia di Sinistro di cui al punto 2 del precedente Art. 8 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.

30.2 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 dal contratto di 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 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:

- a) l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 3;
- b) il Sinistro, se dovuto a 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. 8.

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 al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Mutuo.

32.2 In caso di estinzione anticipata del Mutuo o risoluzione dello stesso o sua 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, fermo restando che l'ammontare degli Indennizzi mensili sarà sempre di importo pari alla rata mensile di rimborso del Mutuo, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Mutuo.

32.3 L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Mutuo che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari a Euro 1.500,00.

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 30 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 12 Indennizzi per ciascun Sinistro e di 36 Indennizzi nel corso della durata dell'Assicurazione.

32.6 La Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento al Contraente degli Indennizzi dovuti. In tale caso il Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Mutuo 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 Mutuo, il Contraente restituirà all'Assicurato le eventuali eccedenze di Indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato stesso;

Nel caso in cui il mutuo preveda più soggetti coobbligati o garanti, il capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere superiore all'intero valore del mutuo erogato. In tale caso ciascun aderente del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione per un importo pari al capitale iniziale assicurato richiesto.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'Importo del mutuo erogato indicato sul Modulo di Polizza, l'indennizzo verrà proporzionalmente ridotto.

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 Totale Temporanea 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 paranoidei, 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 del Modulo 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. 8, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 8 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 per Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

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 36 Indennizzi mensili.

SEZIONE C

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:

- 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. 3;
- 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 60 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. 8.

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 al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Mutuo.

37.2 In caso di estinzione anticipata del Mutuo o risoluzione dello stesso o sua 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, fermo restando che l'ammontare degli Indennizzi mensili sarà sempre di importo pari alla rata mensile di rimborso del Mutuo, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Mutuo.

37.3 L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Mutuo che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari a Euro 1.500,00

37.4 Per ogni 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 60 giorni successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sia trascorso il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 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 12 Indennizzi per ciascun Sinistro e di 36 Indennizzi nel corso della durata dell'Assicurazione.

37.6 La Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento al Contraente degli Indennizzi dovuti. In tale caso il Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Mutuo 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 Mutuo, il Contraente restituirà all'Assicurato le eventuali eccedenze di Indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato stesso;

Nel caso in cui il mutuo preveda più soggetti coobbligati o garanti, il capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere superiore all'intero valore del mutuo erogato. In tale caso ciascun aderente del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione per un importo pari al capitale iniziale assicurato richiesto.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'Importo del mutuo erogato indicato sul Modulo di Polizza, l'indennizzo verrà proporzionalmente ridotto.

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 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 del Modulo 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 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 comporta;
- l) nessun Indennizzo è dovuto dalla Società se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza;
- m) l'Assicurato è in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

ART. 39 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

39.1 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 8, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 8 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 60 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 36 Indennizzi mensili.

SEZIONE D
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:

- a) il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 3;
- b) il Sinistro, se dovuto a 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. 8.

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 al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Mutuo.

42.2 In caso di estinzione anticipata del Mutuo o risoluzione dello stesso o sua 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, fermo restando che l'ammontare degli Indennizzi mensili sarà sempre di importo pari alla rata mensile di rimborso del Mutuo, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

42.3 L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Mutuo che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari a Euro 1.500,00.

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 12 Indennizzi per ciascun Sinistro e di 36 Indennizzi nel corso della durata dell'Assicurazione.

42.6 La Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento al Contraente degli Indennizzi dovuti. In tale caso il Contraente utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Mutuo 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 Mutuo, il Contraente restituirà all'Assicurato le eventuali eccedenze di Indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato stesso;

Nel caso in cui il mutuo preveda più soggetti coobbligati o garanti, il capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere superiore all'intero valore del mutuo erogato. In tale caso ciascun aderente del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione per

un importo pari al capitale iniziale assicurato richiesto.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'Importo del mutuo erogato indicato sul Modulo di Polizza, l'indennizzo verrà proporzionalmente ridotto.

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 originati da uno degli eventi indicati al punto 33.2 del precedente Art. 33 - Esclusioni per il caso di Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia..

43.3 Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo 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. 8, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 8 la seguente documentazione:

- a) copia del documento di identità;
- b) 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);
- c) certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- d) 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 36 Indennizzi mensili.

GLOSSARIO

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

Ammortamento di tipo francese a tasso fisso: è l'ammortamento di tipo francese del mutuo erogato, in cui si assume che, determinata la successione delle quote capitale all'epoca di erogazione del mutuo, anche l'ammontare delle rate di ammortamento del debito stesso rimanga costante nel tempo.

Anno (annuo): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).

Annuale (durata): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).

Assicurato: la persona fisica che ha richiesto il Contratto di mutuo alla Banca e per conto della quale è stipulata l'Assicurazione ed è stato pagato il Premio, che presenta i requisiti di assicurabilità di cui al paragrafo "Requisiti di Assicurabilità", e che abbia aderito alla Polizza sottoscrivendo il Modulo di Adesione nei termini previsti dal Contratto.

Assicurazione: una copertura assicurativa, di cui alle sezioni della Polizza Collettiva, concessa all'Assicurato dalla Società ed in virtù della quale la Società si obbliga, 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: il Contraente. Per le altre garanzie: l'Assicurato.

Bimestre (bimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della società può collidere con quello del contraente.

Contraente: il Banco Desio Toscana S.p.A., che stipula la Polizza Collettiva con le Società per conto degli Assicurati.

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

Modulo di Adesione: la dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato contestualmente al Contratto di mutuo stipulato con il 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.

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 compori 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.

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

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

Mutuo: il contratto di finanziamento con il quale il Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata di importo massimo pari a Euro 250.000,00, che dovrà essere restituita dall'Assicurato al Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata compresa tra 1 e massimo 30 anni, e al quale si riferiscono le assicurazioni oggetto della presente Polizza.

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 abitualità 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 o di Inabilità Temporanea Totale, 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 o Inabilità Temporanea Totale.

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.

Quadrimestre (quadrimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Quinquennio (quinquennale): periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).

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.

Semestre (semestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.

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 Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero.

Trimestre (trimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

ALLEGATO 1 – 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 _____

In fede

Firma dell'Incaricato della Banca

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 G. 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.
- Accertarsi che il proprio medico o datore di lavoro compilino il questionario 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:
- **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;

2. 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.).
- Allegare ogni ulteriore documento che Le potrà essere richiesto dalla Compagnia sopra indicata.

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

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

Timbro dell'Azienda

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

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

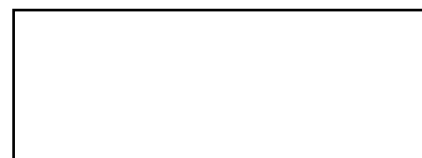
Se sì, indichi la data dalla quale il paziente sarà in grado di riprendere la sua attività lavorativa -/...../.....

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

..... data/...../.....
 FIRMA

Indirizzo dello studio :

Telefono: Fax:



TIMBRO DEL MEDICO

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 Totale Temporanea, 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.....

<p>Spazio riservato alla Società</p> <p>SINISTRO N°:</p>

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.