









# Protezione Mutuo a premio annuo

## NOTA INFORMATIVA

(La presente Nota Informativa è aggiornata alla data del 30/10/2015)

La presente assicurazione prevede l'offerta delle seguenti coperture e garanzie:

Copertura	Garanzia	Compagnia d'assicurazione
Protezione del Debito Residuo del Mutuo	Assicurazione temporanea in caso di Decesso	BCC Vita S.p.A.
	Assicurazione per Invalidità Totale e Permanente da infortunio	Chiara Assicurazioni S.p.A.
Protezione della Rata del Mutuo	Assicurazione per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia Assicurazione per la Disoccupazione Assicurazione per Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia	Chiara Assicurazioni S.p.A.

La sottoscrizione della presente assicurazione è facoltativa.

## NOTA INFORMATIVA GARANZIA IN CASO DI DECESSO

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

L'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

### A) - INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

#### 1. Informazioni generali

- BCC Vita S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019. Codice fiscale 06868981009 e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 1714097;
- Sede Legale, Operativa e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia;
- Telefono: 02466275; sito Internet: [www.bccvita.it](http://www.bccvita.it); indirizzo di posta elettronica: [info@bccvita.bcc.it](mailto:info@bccvita.bcc.it); indirizzo posta elettronica certificata [bccvita@pec.gruppocattolica.it](mailto:bccvita@pec.gruppocattolica.it);
- Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2091 del 29 maggio 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, n. 132 del 7 giugno 2002;
- Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00143.

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2014 ammonta a 88 milioni di Euro (capitale sociale: 62 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 19 milioni di Euro).

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2014 risulta pari a 1,1 volte.



## B) INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

Risultano assicurabili coloro che contraggono un mutuo presso la BCC e i garanti non cointestatari del contratto di mutuo che, all'atto della sottoscrizione, hanno un'età non inferiore a 18 anni anagrafici e non superiore a 69 anni assicurativi, fermo restando che - alla scadenza del mutuo - la copertura assicurativa non potrà eccedere la data di compimento degli 80 anni assicurativi.

La durata dell'assicurazione, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza è pari la durata del mutuo come di seguito specificato.

La durata contrattuale:

- per i mutui di nuova concessione, è pari a quella del Contratto di mutuo, secondo il piano di ammortamento originale;
- per i mutui in corso, è pari a quella residua.

Sono assicurabili esclusivamente i mutui la cui data di scadenza non ecceda la data di compimento degli 80 anni di età (assicurativi) dell'Assicurato.

La durata minima è pari a 1 anno la durata massima è pari a 30 anni.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo.

Si rimanda all'art. 1.6 delle Condizioni di assicurazione per aspetti di maggior dettaglio.

### 3. Prestazioni e coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

In conseguenza del Contratto di mutuo stipulato tra l'Aderente e il Contraente, **il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:**

#### a) Morte

La finalità della Polizza è quella quindi di garantire agli aventi diritto nei limiti previsti dalla stessa Polizza:

- in caso di **Morte** dell'Assicurato: 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.

Si rinvia all'art. 2.1 delle **Condizioni di Assicurazione** per gli aspetti di dettaglio.

**AVVERTENZA:** Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia agli artt. 2.2 e 2.4 delle **Condizioni di Assicurazione** per aspetti di maggior dettaglio.

**AVVERTENZA:** il contratto prevede la presenza di massimali; per aspetti di maggior dettaglio si rimanda all'art. 1.2 delle **Condizioni di Assicurazione**.

Il **massimale** è l'importo massimo entro il quale la compagnia di assicurazione è impegnata ad offrire la prestazione di indennizzo.

**AVVERTENZA:** è previsto un limite massimo di età assicurabile.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all' art. 1.2 delle **Condizioni di Assicurazione**.

### 4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Sanitario – Nullità

**AVVERTENZA:** 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.

Si rinvia all'art. 1.1 delle **Condizioni di Assicurazione** per maggiori dettagli.



**AVVERTENZA:** Si raccomanda l'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Proposta di Adesione e nel Modulo di Adesione relativamente alla sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute od alla compilazione del questionario sanitario; per conoscere i casi in cui è prevista la compilazione del questionario sanitario si rimanda all'art. 1.2 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** Si raccomanda sulla necessità di rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande riportate nel questionario sanitario, nel caso in cui sia prevista la sua compilazione.

#### 5. Periodi di carenza contrattuali

**AVVERTENZA:** il contratto prevede, con riferimento ad alcune coperture assicurative, periodi di carenza.

PRESTAZIONE ASSICURATIVA	PERIODO DI CARENZA
In caso di decesso	180 giorni

Si rinvia per maggiori dettagli all'art.2.1 delle Condizioni di Assicurazione

#### 6. Premi

L'Assicurato paga il premio annuo al momento del perfezionamento del mutuo (o all'ingresso in copertura, se il mutuo è già in essere) ed alle ricorrenze annuali successive per il tramite del Contraente.

Il premio può essere corrisposto in rate mensili. In caso di frazionamento mensile del premio, si rinvia al punto 9.1 per i relativi costi (costi di frazionamento del premio).

L'Assicurato, infatti, alla data di sottoscrizione del Modulo di adesione si impegna a corrispondere l'importo del premio annuo (eventualmente frazionato in rate mensili) che viene addebitato sul conto corrente dell'Assicurato stesso e, per il tramite del Contraente, viene quindi accreditato sul conto corrente della Compagnia.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato medesimo, questa si intenderà estinta ed il premio acquisito dalla Compagnia.

I costi espliciti gravanti sul premio annuo sono rappresentati nella tabella che segue:

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in %)	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in valore assoluto)(*)
Costi gravanti sul premio annuo	45,00%	55,56%	52,76 Euro
Caricamento fisso sul capitale assicurato	0,02%	25,00%	5,00 Euro
Costi di frazionamento (mensile)	4,00%	0,00%	0,00 Euro

(\*) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio annuo pari a 231,05 Euro.

**AVVERTENZA:** In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo: BCC VITA fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza dell'annualità di premio pagata (o mensilità, in caso di frazionamento mensile), a favore del nuovo Beneficiario designato.

Per maggiori dettagli sui criteri e le modalità di rimborso si rinvia all'art. 1.9 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Per maggior dettaglio si rimanda all'art. 1.9 delle Condizioni di Assicurazione.



### **Relativamente alla garanzia per il caso morte:**

L'importo del premio annuo viene determinato da BCC Vita considerando:

- il valore del capitale iniziale assicurato, pari all'importo totale del mutuo richiesto (ovvero dell'importo residuo alla data di adesione se trattasi di mutuo in corso), maggiorato del premio di assicurazione;
- l'età assicurativa dell'Assicurato al momento dell'erogazione del mutuo;
- la durata del mutuo;
- lo stato di salute.

BCC Vita, nel caso in cui dal questionario sanitario o dagli accertamenti sanitari richiesti emergano patologie di rilievo, si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.

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

Non sono presenti spese di emissione per il contratto.

### **7. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili**

Il presente contratto non prevede alcun meccanismo di partecipazione agli utili.

### **8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

Il presente contratto non prevede alcun meccanismo di adeguamento del premio o delle somme assicurate.

## **C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E SUL REGIME FISCALE**

### **9. Costi gravanti direttamente sull'Aderente**

#### **9.1 Costi gravanti sul premio**

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo corrisposto.

I costi gravanti sul premio annuo sono rappresentati nella tabella che segue.

<b>Tipo costo</b>	<b>Costi di acquisizione, gestione ed incasso</b>
Costi gravanti sul premio annuo	45,00% al netto del caricamento sul capitale assicurato
Caricamento sul capitale assicurato	0,02%

I costi di frazionamento del premio, applicati qualora l'Aderente scelga di frazionare il premio in rate mensili, vengono applicati al premio annuo. I suddetti costi di frazionamento sono rappresentati nella seguente tabella:

<b>Rateazione del premio annuo</b>	<b>Costi di frazionamento</b>
Annuale	Non previsti
Mensile	4,00%

\* \* \*

Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:

<b>Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)</b>
47,40%

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.



## 10. Sconti

In relazione alla presente polizza non sono previsti sconti.

## 11. Regime fiscale

### Imposta sui premi

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

I premi relativi alle seguenti prestazioni assicurative danni (inabilità totale da infortunio e malattia, Perdita Impiego o disoccupazione, Ricovero Ospedaliero), al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad una aliquota d'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

### Detraibilità fiscale dei premi

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 e successive modifiche ed integrazioni, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) dichiarato dall'Aderente alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

### Tassazione delle somme assicurate

Le somme erogate dalla Compagnia al verificarsi del sinistro dell'Assicurato sono esenti da imposizione fiscale e dall'imposta sulle successioni. È opportuno verificare comunque la normativa vigente al momento della dichiarazione dei redditi.

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### 12. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia agli articoli 1.5 e 1.6 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

### 13. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento alle scadenze convenute dei premi successivi al primo, determina la sospensione dell'assicurazione dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza. L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto delle Compagnie al pagamento dei premi scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

La copertura si risolve di diritto se le Compagnie non agiscono per la riscossione nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, fermo il diritto al premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese.

### 14. Riscatto e riduzione

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

### 15. Revoca della proposta

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'Aderente ha la facoltà di revocare il Modulo di Adesione.

Entro il termine sopra indicato l'Aderente che intenda avvalersi del diritto di revoca, deve inviare comunicazione scritta alla Compagnia, 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 Compagnia restituisce all'Aderente l'importo del premio annuo nel caso in cui l'Aderente abbia già effettuato il versamento.

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

### 16. Diritto di recesso

L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione





dandone comunicazione alla Compagnia tramite raccomandata A/R. In tal caso, la Compagnia rimborserà all'Aderente il Premio pagato al netto dell'eventuale imposta. La Compagnia è tenuta al rimborso del premio entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

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

#### 17. Rivalse

La polizza non prevede in nessun caso la presenza di rivalse.

### E – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI ED ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

#### 18. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

In caso di Sinistro, l'Assicurato (o i suoi aventi causa) o i Beneficiari devono **compilare debitamente l'apposito modulo (disponibile presso il Contraente)** e inviare lo stesso con lettera raccomandata A/R unitamente alla documentazione richiesta, a:

BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1, 20143 Milano (Mi).

La Società 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.

**Si rinvia agli artt. 2.7 delle Condizioni di Assicurazione per conoscere le modalità ed i termini per la denuncia del sinistro nonché tutta l'ulteriore documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare con riferimento alle diverse coperture assicurative.**

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 richiesta di liquidazione.

**I diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono nel termine di dieci anni dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 2952 c.c., secondo comma.**

**Con riferimento alla copertura Morte si precisa che, qualora entro il suddetto termine di dieci anni gli aventi diritto non richiedano la liquidazione delle prestazioni spettanti, i relativi importi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.**

#### 19. Legge applicabile al contratto

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

#### 20. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto, sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

#### 21. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: BCC Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0221072270 – E-mail [reclami@bccvita.bcc.it](mailto:reclami@bccvita.bcc.it) indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma – Telefono 06/421331 – Fax 06-42133745 o 06-42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.



Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm).

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n. 28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

## 22. Informativa in corso di contratto

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative la Società rimanda altresì al proprio sito internet [www.bccvita.it](http://www.bccvita.it).

## 23. Comunicazioni dell'aderente alla Società

Con riferimento alla garanzia Morte prestata da BCC Vita S.p.A. in caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

## 24. Conflitto di interessi

BCC Vita S.p.A., società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni, può trovarsi in possibili situazioni di conflitti di interesse in tutte le situazioni che implicano rapporti con Società del Gruppo o con cui il Gruppo medesimo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

La Compagnia è dotata di procedure per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo; tali procedure prevedono il coinvolgimento delle funzioni operative e di controllo della Compagnia nonché il monitoraggio periodico da parte del Consiglio di Amministrazione.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

**La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno all'Assicurato.**

## 25. Arbitrato

In caso di controversie tra le Parti aventi ad oggetto aspetti disciplinati dal contratto di assicurazione, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato, ad un collegio arbitrale.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto legale più vicina alla residenza dell'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

**AVVERTENZA: è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.**

\*\*\*

**BCC VITA S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa**

**Il Rappresentante Legale**

**Carlo Barbera**



## **NOTA INFORMATIVA**

### **GARANZIE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA, DISOCCUPAZIONE E RICOVERO OSPEDALIERO**

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

L'Aderente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza

#### **A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

##### **1. Informazioni generali**

Premesso che non è prevista la possibilità di aderire soltanto alle garanzie descritte nella presente Nota Informativa, tali garanzie sono prestate da Chiara Assicurazioni S.p.A. (di seguito Chiara Assicurazioni), Compagnia di assicurazioni che fa parte del Gruppo Helvetia, iscritto all'Albo dei Gruppi di imprese di assicurazione al n. 031.

Sede legale in Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

Iscritta alla Sez. I dell'Albo Imprese di assicurazione al n. 1. 00153.

Numero di telefono: 02.6328.811 – numero di fax: 02.62086598

sito internet: [www.chiaraassicurazioni.it](http://www.chiaraassicurazioni.it)

Indirizzo di posta elettronica: [infochiaraassicurazioni@chiaraassicurazioni.it](mailto:infochiaraassicurazioni@chiaraassicurazioni.it)

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): [chiaraassicurazionipec@postacert.cedacri.it](mailto:chiaraassicurazionipec@postacert.cedacri.it)

Chiara Assicurazioni S.p.A. è 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.

##### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa**

Il Patrimonio Netto dell'Impresa ammonta a 19,474 milioni di euro; la parte di questo importo attribuibile al capitale sociale ammonta a 12,411 milioni di euro, mentre quella relativa alle riserve patrimoniali ammonta a 4,149 milioni di euro.

L'indice di solvibilità dell'Impresa, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari 1,82.

#### **B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

La durata contrattuale:

- per i mutui di nuova concessione, coincide con la durata originaria del contratto di mutuo prevista dal Piano di Ammortamento Iniziale, espressa in anni interi;
- per i mutui in corso, coincide con la durata residua del contratto di mutuo prevista dal Piano di Ammortamento Iniziale, espressa in anni interi.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo e relativamente alle coperture assicurative prestate da Chiara Assicurazioni la durata massima è pari a:

- 30 anni per la garanzia Invalidità Totale e Permanente da Infortunio;
- 10 anni per le garanzie: Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita involontaria d'impiego o disoccupazione e Ricovero ospedaliero da Infortunio o Malattia.

**AVVERTENZA: l'assicurazione cessa alla scadenza contrattuale stabilita senza obbligo di preventiva disdetta.**

Ai sensi dell'**art. 1899 del Codice Civile** la copertura, se di durata poliennale, è proposta in alternativa ad analoga copertura di durata annuale, a fronte di una riduzione di premio – nella misura indicata in polizza – rispetto a quello previsto per la stessa copertura di durata annuale.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'**art. 1.6** delle Condizioni di Assicurazione.



### 3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il contratto di assicurazione stipulato, nei modi e nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, offre all'Assicurato le seguenti coperture, sempre prestate:

**- Invalidità Totale e Permanente da infortunio**

Indennizza il debito residuo in linea capitale al momento del sinistro, in base al Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, in caso di Invalidità Permanente per infortunio di grado pari o superiore al 60% della capacità totale.

Conseguentemente l'indennizzo previsto sarà via via decrescente in funzione delle caratteristiche del piano di ammortamento del mutuo

**- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** (solo qualora l'Assicurato al momento del sinistro sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico)

Indennizza, per ogni mese di durata del sinistro, una somma pari alla rata mensile (comprensiva di capitali ed interessi) in scadenza alla data del sinistro, secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, in caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia;

**- Perdita involontaria d'impiego o disoccupazione** (solo qualora l'Assicurato al momento del sinistro sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato)

Indennizza, per ogni mese di durata del sinistro, una somma pari alla rata mensile (comprensiva di capitali ed interessi) in scadenza alla data del sinistro, secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, in caso di Perdita involontaria dell'impiego.

**- Ricovero ospedaliero da Infortunio o Malattia** (solo qualora l'Assicurato al momento del sinistro sia Non Lavoratore)

Indennizza, per ogni mese di durata del sinistro, una somma pari alla rata mensile (comprensiva di capitali ed interessi) in scadenza alla data del sinistro, secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, in caso di ricovero ospedaliero dovuto a infortunio o malattia.

Si rinvia agli **artt. 1.3, 3.1, 3.2, 5.1, 6.1, 7.1** delle **Condizioni di Assicurazione** per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

**AVVERTENZA:** il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia agli **artt. 3.3, 3.5, 3.6, 4.1, 4.2, 4.5, 5.3, 6.3 e 7.3** delle **Condizioni di Assicurazione** per aspetti di maggior dettaglio.

**AVVERTENZA:** il contratto prevede la presenza di franchigie e massimali; per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli **artt. 1.4, 3.1, 4.2, 5.2, 6.2 e 7.2** delle **Condizioni di Assicurazione**.

Per **franchigia assoluta** si intende quella parte di danno che resta sempre a carico dell'assicurato; può essere espressa in importo fisso o in percentuale sulla somma assicurata, si distingue dalla **franchigia relativa** che rappresenta un limite, superato il quale il danno è risarcito per intero.

**A titolo esemplificativo:**

**Copertura "PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO DEL MUTUO"**

Per la garanzia *Invalidità Totale e Permanente da Infortunio* non viene corrisposta alcuna indennità se l'invalidità accertata è inferiore al 60%, per le invalidità pari o superiori al 60% viene liquidata la somma assicurata.

**Esempio di franchigia relativa:**

GRADO DI I.P. ACCERTATO	DEBITO RESIDUO AL MOMENTO DEL SINISTRO	PRESTAZIONE EROGATA
55%	100.000 €	-
60%	100.000 €	100.000 €

**Copertura "PROTEZIONE DELLA RATA DEL MUTUO"**

Sulle garanzie *Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia* e *Disoccupazione* è operante una **franchigia assoluta** di 30 giorni. Il primo indennizzo, pari a una rata mensile, sarà liquidato solo se saranno trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (o di Disoccupazione) 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 (o di Disoccupazione).



### Esempio di franchigia assoluta:

GIORNI DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO (1)	FRANCHIGIA (2)	SURPLUS GIORNI DI INABILITÀ RISPETTO ALLA FRANCHIGIA (3) = (1)-(2)	SURPLUS GIORNI ESPRESSO IN MESI INTERI	PRESTAZIONE EROGABILE
20 giorni	30 giorni	0	0	-
50 giorni	30 giorni	20	0	-
70 giorni	30 giorni	40	1	1 rata mensile

Sulla garanzia *Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia*, è prevista una **franchigia relativa** di 7 giorni consecutivi, superati i quali Chiara Assicurazioni provvederà al pagamento del primo indennizzo, consistente in una rata mensile. Gli indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

### Esempio di franchigia relativa:

GIORNI CONSECUTIVI DI RICOVERO OSPEDALIERO	FRANCHIGIA RELATIVA	PRESTAZIONE EROGABILE
5	7 giorni	-
10	7 giorni	1 rata mensile
38	7 giorni	2 rate mensili

Per **massimale / limite di indennizzo** si intende l'importo fino alla concorrenza del quale Chiara Assicurazioni presta la garanzia.

### A titolo esemplificativo:

Relativamente alla garanzia *Invalità Totale e Permanente da Infortunio* può essere assicurato un importo pari o inferiore all'importo del mutuo erogato o del debito residuo in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione, come previsto all'art. 1.4, fermi i limiti minimi di € 25.000 e massimi di € 500.000 per testa.

Nel caso in cui l'assicurazione sia stata sottoscritta per un Capitale Assicurato Iniziale inferiore all'importo del mutuo erogato o del debito residuo del mutuo in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione (sotto-assicurazione), le prestazioni assicurate saranno determinate in modo proporzionale al debito residuo come sopra descritto.

### Esempio di massimale/limite di indennizzo:

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (1)	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DI DECORRENZA (2)	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DEL SINISTRO (3)	PRESTAZIONE EROGATA (4) = ((1) / (2)) * (3)
400.000 €	400.000 €	300.000 €	300.000 €
200.000 €	400.000 €	300.000 €	150.000 €

Relativamente alle garanzie *Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia*, *Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia* il **limite di indennizzo** è pari € 2.000 mensili, con il massimo di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 per tutta la durata delle garanzie.

In caso di sotto-assicurazione, cioè nel caso in cui l'assicurazione sia stata sottoscritta per un Capitale Assicurato Iniziale inferiore all'importo del mutuo erogato o del debito residuo del mutuo in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione, l'indennizzo verrà proporzionalmente ridotto in base a quanto previsto all'art. 1.4.



**Esempio di massimale/limite di indennizzo:**

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (1)	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DI DECORRENZA (2)	RATA MENSILE DEL MUTUO (3)	PRESTAZIONE EROGATA (4) = ( (1) / (2) ) * (3)
400.000 €	400.000 €	1.500 €	1.500 €
200.000 €	400.000 €	1.500 €	750 €

**AVVERTENZA:** è previsto un limite massimo di età assicurabile.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'art. 1.2 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **4. Periodi di carenza contrattuali**

**AVVERTENZA:** il contratto prevede la presenza di periodi di carenza contrattuali.

Per carenza si intende il periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni a far data dalla decorrenza della polizza durante i quali la garanzia non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo Chiara Assicurazioni non corrisponde la prestazione assicurativa.

Per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli artt. 5.1, 6.1 e 7.1 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità**

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

Si rinvia all'art. 1.1 delle Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.

**AVVERTENZA:** l'attivazione delle garanzie fornite da Chiara Assicurazioni S.p.A. è subordinata all'accettazione del rischio assicurativo relativo alla copertura caso morte da parte di BCC Vita S.p.A.

**AVVERTENZA:** si evidenzia la necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute od alla compilazione del Rapporto di Visita Medica, ove previsto.

#### **6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione**

Chiara Assicurazioni non richiede all'Assicurato alcuna forma di comunicazione in merito a circostanze rilevanti che in corso di contratto determinano la modificazione del rischio.

Con riferimento a possibili variazioni della professione Chiara Assicurazioni non richiede all'Assicurato alcuna forma di comunicazione scritta.

Chiara Assicurazioni per la determinazione dell'eventuale prestazione assicurativa terrà esclusivamente conto della professione esercitata dall'Assicurato al momento del sinistro.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **7. Premi**

Le garanzie assicurate sono prestate a fronte del pagamento di premi annui costanti per tutta la durata dell'assicurazione e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

L'entità del premio dipende dal Capitale Assicurato Iniziale.

Il pagamento, sia del premio di perfezionamento sia dei premi successivi, avviene – su specifica autorizzazione sottoscritta in fase di stipula dell'assicurazione - mediante addebito su conto corrente dell'Aderente intrattenuto presso la Banca distributrice del prodotto.

Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.

In caso di estinzione del conto corrente sul quale vengono addebitati i premi, l'assicurazione prestata da Chiara Assicurazione viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta e senza l'applicazione del termine di tolleranza di cui all'art.1901, 2° comma del Codice Civile.



Al momento dell'adesione l'Assicurato può scegliere di frazionare il premio annuo in rate mensili, senza aggravio di costi aggiuntivi. Successivamente nel corso dell'assicurazione non è possibile modificare la frequenza di pagamento del premio.

Di seguito si riportano i costi applicati da Chiara Assicurazioni alla componente di premio relativa alle garanzie *Invaldità Totale e Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia* fornite da Chiara Assicurazioni S.p.A, unitamente all'indicazione della quota parte di premio percepita dall'Intermediario-Contraente, espressa in valore percentuale del premio (imponibile) di tariffa.

VOCE	ALIQUOTA DEL PREMIO (IMPONIBILE) DI TARIFFA
Spese di emissione	Non previste
Caricamento	55,00%
Quota percepita dall'Intermediario-Contraente	40,00%

Esempio di provvigione percepita dall'Intermediario/Contraente:

PREMIO IMPONIBILE ANNUO	PROVVIGIONE = 40,00%
€ 250,00	€ 100,00

**AVVERTENZA:** in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del Mutuo, Chiara Assicurazioni restituisce all'Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza di rata successiva.

In alternativa Chiara Assicurazioni, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale.

Per maggiori dettagli si rimanda all'art. 1.9 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

Il presente contratto non prevede alcun meccanismo di adeguamento del premio o delle somme assicurate.

#### **9. Rivalse**

**AVVERTENZA:** la polizza non prevede in nessun caso la presenza di rivalse, intendendo per rivalsa la possibilità per l'Assicuratore (Chiara Assicurazioni) di rivalersi verso i terzi responsabili del danno, una volta che questo è stato liquidato.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'art. 1.15 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **10. Diritto di recesso**

**AVVERTENZA:** l'Assicurato può recedere dall'assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione alla Compagnia tramite raccomandata A/R o presentando richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto.

Se il contratto supera i cinque anni, l'Aderente/Assicurato trascorso il quinquennio, può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata, ai sensi dell'art. 1899 Codice Civile.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'art. 1.10 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

#### **11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

I diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, secondo comma, del Codice Civile.

#### **12. Legge applicabile al contratto**



In base all'art.180 del Codice delle Assicurazioni, al contratto che sarà stipulato si applicherà la legge italiana.

Le Parti possono tuttavia convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e fatta salva in ogni caso la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

### **13. Regime fiscale**

#### Imposta sui premi

I premi relativi alle garanzie *Invalidità Totale e Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia*, al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad una aliquota d'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

#### Detraibilità fiscale dei premi

Alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge, il pagamento del premio relativo alla garanzia *Invalidità Totale e Permanente da Infortunio* dà diritto, relativamente ad ogni periodo di imposta (normalmente coincidente con l'anno solare), ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) dichiarato dall'Assicurato alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo**

**AVVERTENZA: l'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.**

**Relativamente alle garanzie previste dalle presente polizza si segnala l'esistenza di specifiche modalità e termini per la denuncia del sinistro.**

**L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.**

**Per aspetti di dettaglio circa le modalità e i termini per la denuncia del sinistro si rinvia agli artt. 3.7 e 4.3 delle Condizioni di Assicurazione.**

**Per aspetti di dettaglio con riferimento alle procedure liquidative si rinvia agli artt. 3.8, 3.9, 4.4, 5.4, 5.5, 6.4, 6.5, 7.4 e 7.5 delle Condizioni di Assicurazione.**

### **15. Reclami**

Ai sensi del Regolamento IVASS n. 24/2008, per Reclamo si intende "una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto".

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Società, devono essere inoltrati per iscritto alla Società presso:

Chiara Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami  
Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano  
Fax. +39 02 5351794 - E-mail: [reclami@chiaraassicurazioni.it](mailto:reclami@chiaraassicurazioni.it)

La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Società, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS ed ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. In particolare:

1. possono essere presentati all'IVASS per iscritto (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. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del D. Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relativi 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 totale o parziale, ma in ogni caso ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'IVASS 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 ed esaustiva 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.

Per reperire il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS, si rinvia alla sezione Reclami del sito della Compagnia [www.chiaraassicurazioni.it](http://www.chiaraassicurazioni.it).

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet : [http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm)).

2. Per la risoluzione delle controversie relative al contratto tramite sistemi alternativi il reclamante ha:
  - la facoltà di avvalersi della **negoziazione assistita** prevista ai sensi del D.L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014, mediante invito, inoltrato tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione;
  - l'obbligo - qualora non intendesse avvalersi della negoziazione assistita o il ricorso alla negoziazione stessa non lo abbia pienamente soddisfatto - di attivare, ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., il **procedimento di mediazione** innanzi ad un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la vertenza;
  - la facoltà - solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i. - di adire **l'Autorità Giudiziaria** competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto;
  - è in ogni caso facoltà del reclamante ricorrere ad un arbitrato, secondo le modalità di seguito specificate.

Si ricorda che, in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni, permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria.

### **16. Arbitrato**

La risoluzione di eventuali controversie tra le Parti aventi ad oggetto aspetti disciplinati dal contratto di assicurazione può essere demandata ad un organo arbitrale.

Si rinvia all'**art. 3.10** delle Condizioni di Assicurazione per aspetti di maggior dettaglio.

**AVVERTENZA: è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.**

**Si rinvia al sito internet della Compagnia [www.chiaraassicurazioni.it](http://www.chiaraassicurazioni.it) per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.**

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

**CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A.**  
**Il Rappresentante Legale**  
 Fabio Carniol

# Protezione Mutuo a premio annuo

## GLOSSARIO

(Il presente Glossario è aggiornato alla data del 31/05/2015)

Nel presente Fascicolo informativo, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

**Adeguata verifica della clientela:** l'adeguata verifica della clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.

Tale attività prevede i seguenti adempimenti:

a) identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:

- ❖ cliente (contraente) ed eventuale esecutore,
- ❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa),
- ❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;

b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;

c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;

d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

**Aderente:** persone fisica o giuridica che con la sottoscrizione del Modulo di Adesione assume in proprio gli obblighi nascenti dall'Assicurazione.

**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:** in termini generali, l'Assicurato è il soggetto esposto al rischio. Nelle assicurazioni sulla vita, è la persona dal cui decesso o dalla cui sopravvivenza dipende l'obbligo per l'assicuratore di pagare un capitale o una rendita; nelle altre tipologie di assicurazione è la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Attività Extraprofessionale:** ogni attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi ed alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno, nonché alla pratica di hobby anche se a carattere continuativo.

**Attività Professionale:** l'attività lavorativa svolta dall'Assicurato in modo continuativo e abituale con la quale produce un reddito o percepisce una retribuzione.

**Beneficiario:** persona alla quale deve essere corrisposto/a l'indennizzo/la prestazione da parte dell'assicuratore qualora si verifichi il rischio assicurato.

**Capitale Iniziale Assicurato:** rappresenta il massimale per il quale sono assicurate le garanzie della copertura "Protezione del Debito Residuo del Mutuo" alla data di decorrenza della copertura. Dal suo importo dipende l'entità del premio e la misura delle prestazioni assicurate in caso di sotto-assicurazione.

**Condizioni di assicurazione:** termini e condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa.

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

**Contraente:** BCC Roma Banca Credito Cooperativo di Roma S.p.A., che stipula la Polizza Collettiva

con le Compagnie per conto degli Assicurati.

**Contratto di assicurazione:** contratto con il quale l'impresa di assicurazione, a fronte del pagamento del premio, si impegna a indennizzare l'Assicurato dei danni prodotti da un sinistro oppure a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente la vita umana. Il contratto di assicurazione è dunque uno strumento con il quale l'Assicurato trasferisce all'impresa di assicurazione un rischio al quale egli è esposto.

**Costi:** oneri economici posti a carico dell'Assicurato.

**(Data di) Decorrenza dell'Assicurazione:** le ore 24:00 del giorno in cui l'Aderente sottoscrive il Modulo di Adesione, sempre che contestualmente sia stato corrisposto il primo premio, altrimenti il contratto si concluderà alle ore 24.00 della data di pagamento del primo premio.

**Durata contrattuale:** periodo durante il quale il contratto è efficace.

**Disoccupazione/Perdita di Impiego:** 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.

**Esclusioni:** rischi esclusi o limitazioni relativi alla garanzia assicurativa prestata dall'impresa di assicurazione.

**Età computabile (o assicurativa):** età in anni interi determinata trascurando le frazioni d'anno fino a sei mesi ed arrotondando ad un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

**FATCA:** Il *Foreign Account Tax Compliance Act* è una normativa fiscale americana – recepita in Italia tramite la firma di uno specifico accordo Intergovernativo tra Italia e Stati Uniti – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. La Compagnia è a tal fine obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni ed una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è altresì obbligata ha effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (*Internal Revenue Service - IRS*).

**Finanziamento/Mutuo (contratto di):** il contratto di mutuo con il quale l'Ente erogante concede in prestito una somma predeterminata che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato ed al quale si riferiscono le garanzie oggetto della presente Assicurazione.

**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 da Chiara Assicurazioni S.p.A., in base alle garanzie 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 Mutuo.

**Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, anche se conseguenti a:

- a) stato di malore o incoscienza
- b) imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave dell'Assicurato;

- c) scioperi, sommosse, tumulti popolari, aggressioni o rapine, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- d) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Sono inoltre *considerati* infortuni:

- i colpi di sole o di calore;
- l'assideramento o congelamento;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'annegamento;
- la folgorazione;
- gli infortuni causati da frane e smottamenti del terreno;
- le lesioni determinate da sforzi esclusi infarti ed ernie.

**Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dalla attività svolta, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, in misura pari o superiore al 60% della capacità totale.

**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.

**IVASS:** Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, 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.

**Modulo di Adesione:** il documento, sottoscritto dall'Assicurato mediante il quale aderisce alla Polizza Collettiva e che contiene le dichiarazioni rilevanti e tutti i dati necessari ai fini dell'Assicurazione. E' il documento cartaceo che prova l'esistenza del contratto di assicurazione stesso.

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

**Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. È equiparato a Non Lavoratore il Lavoratore Dipendente di Ente Privato che, alla data del Sinistro, abbia un'anzianità di servizio inferiore a 12 mesi.

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

dell'Assicurato.

**(Periodo di) Carenza:** periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale l'Assicurazione non ha effetto.

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

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

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

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

**Piano di Ammortamento Iniziale:** piano di ammortamento in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione.

**Premio:** la somma in denaro, comprensiva di eventuali imposte, dovuta dall'Aderente alle Compagnie.

**Prestazione in caso di Decesso:** somma dovuta da BCC Vita S.p.A. ai Beneficiari designati, in base alla garanzia assicurativa di cui al presente contratto, a seguito del verificarsi del decesso dell'Assicurato.

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

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

**Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

**Società/Impresa/Compagnia:** a seconda delle garanzie assicurative prestate:

- BCC Vita S.p.A. per la garanzia in caso di Decesso
- Chiara Assicurazioni S.p.A. per le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia.

# Protezione Mutuo a premio annuo

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 27/02/2015)

### NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE

#### ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni rese dall'Aderente e dall'Assicurato devono essere veritiere, 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 artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In particolare, in questi casi le Compagnie si riservano:

- 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 l'evento assicurato, 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.

#### ART. 1.2 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E MODALITÀ ASSUNTIVE

È assicurabile la persona fisica che:

- sia intestatario o cointestatario o garante non cointestatario di un contratto di mutuo con l'Ente Erogante; e
- intenda aderire all'assicurazione mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione; e
- abbia alla decorrenza del contratto di assicurazione un'età non inferiore a 18 anni (età anagrafica) né superiore a 69 anni (età assicurativa), fermo restando che l'età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non potrà essere superiore a 80 anni (età assicurativa).

Nel caso in cui il contratto di mutuo sia sottoscritto congiuntamente da più persone, è data la possibilità di scegliere fra le seguenti alternative:

- Assicurare uno solo dei cointestatari, che sottoscriverà il Modulo di Adesione per un Capitale Assicurato Iniziale determinato secondo le modalità previste al successivo art. 1.4;
- Assicurare ciascun intestatario del contratto di mutuo (fino ad un massimo di due) previa sottoscrizione di un modulo di adesione per ognuno di essi per un Capitale Assicurato Iniziale determinato secondo le modalità previste al successivo art. 1.4 e sempreché siano rispettati i requisiti di assicurabilità e le modalità assuntive del presente articolo.

La mancata accettazione da parte delle Compagnie dell'ammissione alla copertura assicurativa nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'assicurabilità nei confronti dell'altro.

E' data inoltre la possibilità di assicurare, in aggiunta all'intestatario del mutuo, il Garante, sempre che per quest'ultimo siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui ai precedenti punti. Dovrà essere sottoscritto un Modulo di Adesione sia per l'intestatario sia per il garante; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo assicurato (capitale o rata a seconda della garanzia assicurativa).

Per capitali assicurati fino a 250.000,00 Euro per ogni testa assicurata, la conclusione della polizza è subordinata alla preventiva sottoscrizione del Modulo di Adesione in tutte le sue parti con particolare attenzione alla dichiarazione dello "Stato di buona salute" (contenuta nelle "Dichiarazioni dell'Assicurato") di cui si riporta la formulazione:

#### STATO DI BUONA SALUTE

*Ai fini della validità della copertura per le presenti polizze assicurative, l'Assicurato dichiara:*

- di essere in buono stato di salute ovvero di non essere affetto da malattie gravi (ad eccezione delle malattie mentali) o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- di non aver mai sofferto di alcuna delle seguenti malattie gravi: neoplasie maligne, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie

*dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, malattie neurologiche, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino, sieropositività per HIV, connettiviti sistemiche e vasculiti gravi su base immunologica, malattie genetiche;*

- *di non essere mai stato ricoverato in case di cura ed ospedali per le suddette malattie.*

Nel caso in cui l'Assicurato non possa sottoscrivere la dichiarazione dello "Stato di buona salute" di cui sopra, è richiesta – contestualmente alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, la compilazione, di un

Questionario Sanitario che verrà valutato da BCC Vita, con efficacia anche nei confronti di Chiara Assicurazioni. Quanto dichiarato nel Questionario prevarrà in ogni caso sulla dichiarazione dello "Stato di buona salute".

Le Compagnie garantiscono la copertura assicurativa solo a seguito della valutazione positiva del Questionario Sanitario. A seguito di una valutazione negativa la richiesta di copertura verrà respinta.

Per capitali assicurati superiori a 250.000,00 (per testa cointestatario ed assicurata) Euro e fino a 500.000,00 Euro (per testa assicurata) o nel caso in cui l'importo di uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio dall'Assicurato con BCC Vita sia superiore a 250.000,00 Euro, è prevista la compilazione da parte di un Medico del Rapporto di Visita Medica, analisi delle urine ed altri accertamenti sanitari.

Le Compagnie garantiscono la copertura assicurativa solo a seguito della valutazione positiva del Rapporto di Visita Medica. A seguito di una valutazione negativa la richiesta di copertura verrà respinta.

In ogni caso, se dal questionario sanitario o dagli accertamenti sanitari dovessero emergere patologie di rilievo, le Compagnie si riservano la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.

#### **ART. 1.3 – PRESTAZIONI ASSICURATE**

L'assicurazione opera per le coperture di cui alla **Sezione 1 "Protezione del Debito Residuo del Mutuo"** e alla **Sezione 2 - "Protezione della Rata del Mutuo"**.

Pertanto le Compagnie si obbligano, nei limiti ed alle condizioni stabilite negli articoli successivi, a corrispondere una prestazione agli aventi diritto qualora si verifichi l'evento assicurato, che consiste:

- nel **Decesso dell'Assicurato**;
- nell'**Invalità Totale Permanente da Infortunio**;
- nell'**Inabilità Temporanea Totale al lavoro causata da Infortunio o Malattia**, solo qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico;
- nella **Disoccupazione**, solo qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato;
- nel **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**, solo qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore.

Si precisa che ai fini della determinazione delle prestazioni assicurate, le Compagnie faranno riferimento in ogni momento al Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, inteso come il piano di ammortamento in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione.

La garanzia in caso di Decesso è sottoscritta e prestata da BCC Vita S.p.A.

Le garanzie Invalità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero sono sottoscritte e prestate da Chiara Assicurazioni S.p.A..

#### **ART. 1.4 – MASSIMALI ASSICURABILI**

##### **- Capitale Assicurato Iniziale**

L'importo del Capitale Assicurato Iniziale deve essere pari all'importo del mutuo erogato (nel caso di mutui di nuova concessione) o del debito residuo in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione (nel caso di mutui in corso), fermi il limite minimo di Euro 25.000 ed il limite massimo di Euro 500.000. Qualora il capitale erogato o il debito residuo superi l'importo di Euro 500.000,00 il Capitale Assicurato Iniziale sarà limitato a tale importo.

È data facoltà all'Assicurato di scegliere liberamente l'importo del capitale da assicurare con il limite pari al 50% dell'importo del mutuo erogato / debito residuo (sotto-assicurazione).

In caso di mutuo cointestato, se entrambi i cointestatari desiderano assicurarsi (sottoscrivendo due distinti Moduli di Adesione), ciascuno di essi sarà assicurato per un Capitale Assicurato Iniziale pari al 50% dell'importo del mutuo erogato / debito residuo.

##### **- Prestazioni in caso di sotto-assicurazione**

Nel caso in cui il Capitale Assicurato Iniziale sia inferiore all'importo del mutuo erogato o del debito

residuo in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione, la prestazione liquidata in caso di sinistro sarà:

- **per il caso morte ed il caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio**  
pari al debito residuo del mutuo alla data del sinistro come da Piano di Ammortamento Iniziale, moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato Iniziale e l'ammontare del mutuo erogato / debito residuo in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione;
- **per tutte le altre garanzie**  
pari alla rata mensile, comprensiva di capitali ed interessi, come da Piano di Ammortamento Iniziale, moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato Iniziale e l'ammontare del mutuo erogato / debito residuo in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione;

#### ART. 1.5 – CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione si considera concluso alle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Modulo di Adesione, **sempreché contestualmente sia stato corrisposto il primo premio**, altrimenti il contratto si concluderà alle ore 24.00 della data di pagamento del primo premio.

La decorrenza delle coperture assicurative coincide con la data di conclusione del contratto di assicurazione (fermo restando i periodi di carenza di cui all'Art. 2.2 per il caso Morte, all'art. 5.1 per il caso di Inabilità Temporanea Totale, all'Art. 6.1 per il caso di Disoccupazione e all'Art. 7.1 per il caso di Ricovero Ospedaliero).

#### ART. 1.6 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata dell'assicurazione, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, coincide:

- **per i mutui di nuova concessione**, con la durata originaria del contratto di mutuo prevista dal Piano di Ammortamento Iniziale, espressa in anni interi;
- **per i mutui in corso**, con la durata residua del contratto di mutuo prevista dal Piano di Ammortamento Iniziale, espressa in anni interi;

**Eventuali estensioni della durata** del mutuo in corso di contratto non modificheranno la durata dell'assicurazione che resterà in vigore fino alla scadenza contrattuale e le prestazioni assicurate continueranno ad essere operanti secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, come previsto all'art. 1.3.

La durata minima del contratto di assicurazioni è pari a 1 anno.

La durata massima è fissata in:

- 30 anni per le garanzie della copertura **“Protezione del Debito Residuo del Mutuo”**;
- 10 anni per le garanzie della copertura **“Protezione della Rata del Mutuo”**.

L'assicurazione cessa prima della scadenza contrattuale nel caso in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato o l'Invalidità Totale Permanente.

Per le sole garanzie danni, prestate da Chiara Assicurazioni S.p.A., ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile la copertura, di durata poliennale, è proposta in alternativa ad analogo copertura di durata annuale, a fronte di una riduzione di premio – nella misura indicata in polizza – rispetto a quello previsto per la stessa copertura di durata annuale.

#### ART. 1.7 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento di premi annui costanti per tutta la durata dell'assicurazione e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

L'entità del premio dipende:

- dal Capitale Assicurato Iniziale;
- dalla durata dell'assicurazione e dall'età dell'Assicurato, relativamente alla sola parte di premio afferente la garanzia in caso di decesso.

In alternativa al pagamento dei premi con periodicità annuale, l'Aderente può scegliere al momento dell'adesione una frequenza di pagamento mensile, senza poterla modificare nel corso della durata contrattuale. In tal caso, la rata di premio afferente la garanzia in caso di decesso viene gravata da interessi di frazionamento.

Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite.

Il pagamento dei premi (Vita e Danni) avviene, su autorizzazione dell'Aderente, tramite unico addebito sul conto corrente dell'Aderente stesso intrattenuto presso la Banca distributrice del prodotto in



riferimento sia alla quota parte di premio relativo alla garanzia in caso decesso sia alla quota parte del premio relativo alle restanti garanzie.

Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.

In caso di estinzione del conto corrente sul quale vengono addebitati i premi del contratto l'assicurazione viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta e senza l'applicazione del termine di tolleranza di cui all'art.1901, 2° comma del Codice Civile.

**È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quella sopra indicata.**

#### **ART. 1.8 – MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il mancato pagamento alle scadenze convenute dei premi successivi al primo, determina la sospensione dell'assicurazione dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza. L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto delle Compagnie al pagamento dei premi **scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.**

**La copertura si risolve di diritto** se le Compagnie non agiscono per la riscossione nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, fermo il diritto al premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese.

#### **ART. 1.9 – ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO**

In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo:

**Chiara Assicurazioni**, per le garanzie prestate (Invalità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero) e per propria quota di competenza, al netto delle eventuali imposte, restituirà la parte di premio pagato corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

In particolare:

verrà rimborsata all'Aderente la parte di premio non usufruita, a decorrere dal giorno di estinzione o trasferimento del mutuo al netto delle eventuali imposte governative, secondo il seguente algoritmo:

$$R = P / N \times T$$

dove:

R = rimborso

P = Premio Imponibile della rata in scadenza (comprensivo di costi e provvigioni)

N = durata espressa in giorni della rata di premio

T = numero di giorni intercorrenti tra la data di estinzione del mutuo e la data di scadenza della rata

L'importo sopra determinato sarà accreditato sul conto corrente debitamente indicato dall'Aderente in occasione della comunicazione di estinzione anticipata o trasferimento del mutuo.

In alternativa alla richiesta di risoluzione dell'assicurazione per estinzione anticipata del mutuo e relativa restituzione del premio pagato non goduto, **l'Assicurato ha la facoltà di chiedere che l'assicurazione rimanga in vigore fino alla scadenza contrattuale, dandone comunicazione scritta alle Compagnie al momento dell'estinzione del mutuo.** Le prestazioni continueranno ad essere operanti secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, come previsto all'art. 1.3.

**BCC Vita**, per la garanzia prestatata (Decesso) manterrà l'assicurazione in vigore fino alla scadenza dell'annualità di premio pagata (o mensilità in caso di frazionamento mensile), non è previsto il rimborso del premio all'Aderente per la parte di premio non usufruita. Le prestazioni continueranno quindi ad essere operanti secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, come previsto all'art. 1.3.

In caso di rinegoziazione (ivi comprese le estinzioni anticipate parziali) del contratto di mutuo, l'assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza contrattuale e le prestazioni continueranno ad essere operanti secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo.

#### **ART. 1.10 – DIRITTO DI RECESSO**

L'Aderente, ai sensi dell'art. 177, D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, ha diritto di recedere dall'assicurazione entro 30 giorni dal momento in cui il contratto stesso è concluso.

Entro il termine sopraindicato, l'Aderente che intenda avvalersi del diritto di recesso deve presentare richiesta scritta presso una filiale della Banca distributrice il prodotto o darne comunicazione scritta alle Compagnie, tramite invio di lettera raccomandata A/R a:

- BCC Vita S.p.A. – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano;

e a

- Chiara Assicurazioni S.p.A. – Via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

Le Compagnie rimborseranno all'Aderente il rispettivo premio pagato al netto dell'eventuale imposta. Le Compagnie sono tenute al rimborso del premio entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione. L'esercizio del diritto di recesso libera l'Aderente e le Compagnie da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Per le sole garanzie danni, prestate da Chiara Assicurazioni S.p.A., ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, se il contratto supera i cinque anni, l'Aderente/Assicurato trascorso il quinquennio, può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

#### **ART. 1.11 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

Le eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

#### **ART. 1.12 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato e/o dell'Aderente alle Compagnie, con riferimento alla presente assicurazione, dovranno essere fatte per mezzo di raccomandata A/R, telegramma o telefax. Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie all'Assicurato e/o all'Aderente saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto.

#### **ART. 1.13 – IMPOSTE E TASSE**

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri relativi all'assicurazione sono a carico dell'Aderente, o dei Beneficiari, o degli aventi diritto.

#### **ART. 1.14 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

#### **ART. 1.15 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE**

Le Compagnie rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile nei confronti del responsabile dell'infortunio.

#### **ART. 1.16 – CESSIONE DEI DIRITTI**

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla presente assicurazione, salvo quanto previsto all'art. 1.9.

#### **ART. 1.17 – PRESCRIZIONE**

I diritti derivanti dalla copertura vita si prescrivono nel termine di dieci anni dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 2952 del Codice Civile, secondo comma. Relativamente alla garanzia in caso decesso qualora gli aventi diritto omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

I diritti derivanti dalla copertura danni 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 del Codice Civile.

<b>NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE 1 - “PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO DEL MUTUO”</b>
--

### **ASSICURAZIONE IN CASO DI MORTE** (garanzia operante per tutti gli Assicurati)

#### **ART. 2.1 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI MORTE**

Nel caso di **Morte** dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo Art. 2.4, qualora:

- a) il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace; la Compagnia corrisponde il capitale assicurato all'epoca del sinistro dell'Assicurato così come definito al successivo Art. 2.4. 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 totale del mutuo concesso, secondo quanto indicato all'Art. 1.9, il la copertura resterà in vigore – fino alla conclusione dell'annualità di premio pagata (o mensilità in caso di frazionamento mensile) - per un capitale assicurato pari al debito residuo previsto dal piano di ammortamento iniziale del mutuo senza quindi tener conto dell'anticipata estinzione. 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.
- b) il sinistro per morte da malattia 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. 2.6;
- d) gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al successivo Art. 2.7.

#### **ART. 2.2 - INDENNIZZO PER IL CASO DI MORTE**

Il capitale assicurato ad una data epoca corrisponde al debito residuo in conto capitale risultante dal piano di ammortamento del 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, al debito residuo in conto capitale rilevabile, all'epoca di valutazione, dal piano di ammortamento iniziale comunicato dall'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo.

Le informazioni necessarie al calcolo saranno comunicate dall'Istituto di Credito alla Compagnia in fase di richiesta di liquidazione.

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

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

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

In relazione ai mutui di durata flessibile, BCC 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 della copertura assicurativa.

In caso di cointestazione del contratto di mutuo:

- o il Capitale iniziale assicurato per testa è pari all'importo del mutuo erogato ripartito pro-quota tra i cointestatari;
- o la somma dei Capitali iniziali assicurati per ciascun cointestatario non potrà essere complessivamente superiore all'intero valore del mutuo erogato. Ciascun Beneficiario del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un singolo Modulo di Adesione.
- Per mutuo erogato si intende:
  - A) il capitale assicurato iniziale richiesto maggiorato del costo della copertura assicurativa per i nuovi mutui;
  - B) il debito residuo alla data di adesione alla polizza risultante dal piano di ammortamento per i mutui in corso.

In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso si applica quanto previsto all'art. 1.9 secondo paragrafo.

La prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta agli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.

Il periodo di carenza per la copertura temporanea in caso di decesso derivante da morte da malattia 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 ulteriori accertamenti sanitari eventualmente richiesti dalla Compagnia. Se l'Assicurato sceglie di non sottoporsi a visita medica - assunzione con la sola dichiarazione 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 Compagnia.

Tale limitazione non si applica e la Compagnia 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.

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

In caso di Morte dell'Assicurato successiva all'estinzione anticipata del mutuo, la Compagnia liquiderà ai Beneficiari dell'Aderente - in copertura fino allo scadere dell'annualità di premio pagata (o mensilità, in caso di frazionamento mensile) - 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. 2.3 - BENEFICIARI**

Ad eccezione del caso di anticipata estinzione del mutuo, la prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta agli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.

L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

La designazione non può essere revocata o modificata dopo che:

1. l'Assicurato ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, 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 Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

### **ART. 2.4 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI MORTE**

La copertura assicurativa relativa al rischio Decesso non è operante nei seguenti casi:

- invalidità, malattie, malformazioni, lesioni dell'Assicurato verificatesi e note all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e repubblica di San Marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- i sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza.

Per la garanzie rischio morte, ai fini dell'assicurabilità, nel caso in cui l'Assicurato svolga una delle attività professionali sotto riportate:

- appartenere alle Forze Armate e alle Forze dell'Ordine inclusi, a titolo esemplificativo, i Corpi di: Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Vigili del Fuoco (esclusi quelli che prestano attività di volontari e tutti coloro che svolgano attività d'ufficio e non servizio attivo), investigatori privati, guardie del corpo e Istituti di Vigilanza;
- collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi;
- cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergebilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;

**la copertura non sarà operativa esclusivamente nel caso in cui il sinistro avvenga durante lo svolgimento di una delle attività professionali elencate nelle esclusioni di cui sopra.**

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. 2.5 – RISCATTO**

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

#### **ART. 2.6 – PRESTITI**

In relazione al presente contratto non sono concedibili prestiti

#### **ART. 2.7 - DENUNCIA DEL SINISTRO E ONERI RELATIVI**

In caso di decesso, i Beneficiari debbono darne avviso alla Compagnia, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero recandosi allo sportello della Banca presso cui è stato stipulato il contratto, allegando i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto come appresso indicato.

La Compagnia 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, 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 Compagnia per la valutazione del debito residuo stesso - e le coordinate bancarie di accredito sottoscritte da un Soggetto Facoltizzato dall'Istituto di Credito;
- 3) certificato di morte dell'Assicurato (in originale);
- 4) copia integrale della cartella clinica, in caso di decesso avvenuto in ospedale, clinica o casa di cura;
- 5) relazione medica attestante la causa del decesso in caso di decesso non dovuto ad infortunio e non avvenuto in ospedale o casa di cura;
- 6) eventuale referto autoptico e necroscopico;

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

- 7) 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, con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti il decesso;
- 8) consenso all'utilizzo dei dati personali (D. Lgs N. 196/03) sottoscritto dai Beneficiari;
- 9) 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);
- 10) fotocopia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale dei Beneficiari;

11) 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);

12) copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenni o incapace;

13) 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 Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento del sinistro;

– consentire alla Compagnia di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

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

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 Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

## **ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO**

**(garanzia operante per tutti gli Assicurati)**

### **ART. 3.1 – OGGETTO DELLA GARANZIA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO**

In caso di Invalidità Permanente dell'Assicurato per infortunio di grado pari o superiore al 60% della capacità totale, Chiara Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un indennizzo pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'infortunio secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo e fermo il limite massimo del Capitale Assicurato Iniziale.

Nel caso in cui il sinistro si verifichi nel periodo che intercorre tra la data di estinzione iniziale del mutuo e la data di scadenza dell'assicurazione, Chiara Assicurazioni corrisponderà all'Assicurato un indennizzo pari all'ultimo debito residuo in linea capitale secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo.

L'indennizzo per il caso di invalidità totale permanente è dovuto se la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza del contratto di assicurazione – entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

Ai sensi dell'art. 1.4, nel caso in cui l'assicurazione sia stata sottoscritta per un Capitale Assicurato Iniziale inferiore all'importo del mutuo erogato o del debito residuo in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione, l'indennizzo è determinato in modo proporzionale al debito residuo come sopra descritto.

### **ART. 3.2 – RISCHI COMPRESI**

Chiara Assicurazioni tutela l'Assicurato per gli infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale.

### **ART. 3.3 – RISCHI SPORTIVI**

La garanzia vale durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti.

La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

- a) corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore o di mezzi aerei (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili);
- b) la 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;
- c) pratica delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., sci d'alpinismo, arrampicata libera (free climbing), paracadutismo, deltaplano e sport aerei in genere, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, skeleton, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, canoa fluviale oltre il 3° grado, salto con l'elastico (bungee jumping), rafting, hydrospeed, kitesurf, down-hill.
- d) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente (cioè che comporti un compenso o una remunerazione).

### **ART. 3.4 – RISCHIO VOLO**

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari.

### **ART. 3.5 – RISCHIO GUERRA**

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero.

### **ART. 3.6 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO**

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo, o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- c) manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- d) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;

- e) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- f) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- g) sindromi organiche cerebrali;
- h) conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X), contaminazione nucleare;
- i) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo, salvo quanto diversamente previsto;
- j) contaminazione chimica, batteriologica e nucleare dovuta ad atto terroristico;
- k) uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- l) infarti e/o ernie;
- m) rotture sottocutanee di tendini;  
Sono altresì esclusi:
- n) gli infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- o) gli infortuni subiti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;
- p) gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- q) gli infortuni subiti in connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- r) gli infortuni subiti nello svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- s) le operazioni chirurgiche, gli accertamenti, le cure mediche o i trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall'art. 1.2

### ART. 3.7 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

In caso di sinistro l'Assicurato (o i suoi aventi causa) devono darne avviso scritto a Chiara Assicurazioni compilando l'apposito modulo, reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto o chiamando il numero verde:



e inviare lo stesso tramite raccomandata A/R, entro 3 (tre) giorni dalla data di accadimento del sinistro, o da quando ne hanno avuto la possibilità, a:

- Chiara Assicurazioni S.p.A. – Via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano,

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato deve consentire a Chiara le indagini e gli accertamenti necessari. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti da Chiara, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

### ART. 3.8 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

Chiara Assicurazioni corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente, il grado di quest'ultima verrà valutato facendo riferimento ai valori delle menomazioni riportati nell'Allegato A (Tabella INAIL) al D.P.R. 30/6/65 n°1124 relativo alle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente.

Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

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

### ART. 3.9 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

Chiara Assicurazioni procederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento con moneta legalmente in corso al momento del sinistro.



**ART. 3.10 – CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE**

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per Invalidità Permanente da infortunio, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

**NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE 2 - “PROTEZIONE DELLA RATA DEL MUTUO”****NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE****ART. 4.1 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA**

Le garanzie oggetto della presente copertura operano a seconda della condizione occupazionale (Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore) dell'Assicurato al momento del Sinistro.

Qualora, nel corso dell'assicurazione, l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale inerente la Normale Attività Lavorativa, l'assicurazione sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà operante la garanzia corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato.

L'Assicurato che, nel corso del presente contratto, modifichi la sua posizione lavorativa e diventi Lavoratore Dipendente di Ente Privato, ha diritto all'Indennizzo per Disoccupazione solo se questa si è verificata dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova, e comunque, che abbia prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 360 giorni immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro.

**ART. 4.2 – LIMITI DI INDENNIZZO**

L'indennizzo per la rata del mutuo non potrà superare la somma di Euro 2.000,00 mensili.

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 12 (dodici) per sinistro e 36 (trentasei) per tutta la durata delle garanzie.

In caso di sotto-assicurazione, cioè nel caso in cui l'assicurazione sia stata sottoscritta per un Capitale Assicurato Iniziale inferiore all'importo del mutuo erogato o del debito residuo in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione, l'indennizzo verrà proporzionalmente ridotto in base a quanto previsto all'art. 1.4.

**ART. 4.3 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI**

In caso di sinistro l'Assicurato (o i suoi aventi causa) devono darne avviso scritto a Chiara Assicurazioni compilando l'apposito modulo, reperibile presso le filiali della Banca distributrice del prodotto o chiamando il numero verde:



e inviare lo stesso tramite raccomandata A/R, entro 60 (sessanta) giorni dalla data di accadimento del sinistro, a:

- Chiara Assicurazioni S.p.A. – Via G.B. Cassinis, 21 - 20124 Milano,

unitamente alla documentazione di cui all'Art. 5.4 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, all'Art. 6.4 per il caso di Disoccupazione e all'Art. 7.4 per il caso di Ricovero Ospedaliero.

Si specifica che, in casi eccezionali e di particolare difficoltà valutativa, Chiara Assicurazioni potrà richiedere quegli ulteriori documenti che ritiene strettamente necessari ai fini dell'espletamento della pratica di sinistro.

Una volta avvenuto il pagamento dell'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 a Chiara Assicurazioni il modulo di continuazione del Sinistro, reperibile presso le filiali della Banca distributrice il prodotto, 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.

Chiara Assicurazioni potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato od ai suoi aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla assicurazione.

L'Assicurato deve consentire a Chiara le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia di Chiara stessa.

**ART. 4.4 – MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**

Chiara esegue il pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del sinistro.

**ART. 4.5 – LIMITI TERRITORIALI**

Le garanzie oggetto della presente copertura hanno validità nell'ambito dell'Unione Europea, fermo quanto previsto al successivo Art. 6.3, lettera g).

## **ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

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

### **ART. 5.1 – OGGETTO DELLA GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Chiara Assicurazioni corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo articolo a condizione che:

- a) l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la copertura è efficace;
- b) il Sinistro, se conseguente a Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 5.3;
- d) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 4.3.

### **ART. 5.2 – INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

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, di una somma pari alla rata mensile (comprensiva di capitale ed interessi) in scadenza alla data del sinistro, secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo.

Nel caso in cui il sinistro si verifichi nel periodo che intercorre tra la data di estinzione iniziale del mutuo e la data di scadenza dell'assicurazione, Chiara Assicurazioni per la determinazione dell'indennizzo mensile farà riferimento all'ultima rata mensile del Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo 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.

### **ART. 5.3 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

Sono esclusi i casi di Inabilità Totale Temporanea causati 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;
- c) infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- d) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- e) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;
- g) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- i) 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.);
- j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- k) sindromi organiche cerebrali;
- l) 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 della copertura;
- m) 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;
- n) 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;
- o) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di

Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall'art. 1.2

#### **ART. 5.4 – DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO**

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al precedente Art. 4.3 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 e/o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico;
- c) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed 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).

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

#### **ART. 5.5 – DENUNCE SUCCESSIVE**

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

## **ASSICURAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE**

### **(garanzia operante solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)**

#### **ART. 6.1 – OGGETTO DELLA GARANZIA DISOCCUPAZIONE**

Nel caso di Disoccupazione, Chiara Assicurazioni corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo articolo a condizione che:

- a) si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo in cui la copertura è efficace;
- 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 di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 6.3;
- d) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 4.3.

#### **ART. 6.2 – INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE**

L'Indennizzo per il caso di Disoccupazione consiste nel pagamento, per ogni mese di durata dello stato di Disoccupazione, di una somma pari alla rata mensile (comprensiva di capitale e di interessi) in scadenza alla data del sinistro, secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo.

Nel caso in cui il sinistro si verifichi nel periodo che intercorre tra la data di estinzione iniziale del mutuo e la data di scadenza dell'assicurazione, Chiara Assicurazioni per la determinazione dell'indennizzo mensile farà riferimento all'ultima rata mensile del Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo 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.

#### **ART. 6.3 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE**

Nessun Indennizzo verrà corrisposto da Chiara Assicurazioni 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) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- j) la Disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;
- k) l'Assicurato è in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall'art. 1.2

**ART. 6.4 – DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO**

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al precedente Art. 4.3 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.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire a Chiara Assicurazioni le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

**ART. 6.5 – DENUNCE SUCCESSIVE**

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.

## **ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA (garanzia operante solo per Non Lavoratori)**

### **ART. 7.1 – OGGETTO DELLA GARANZIA RICOVERO OSPEDALIERO**

Nel caso di Ricovero Ospedaliero, Chiara Assicurazioni corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo articolo a condizione che:

- a) il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo in cui la copertura è efficace;
- b) il Sinistro, se conseguente a Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 7.3;
- d) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 4.3.

### **ART. 7.2 – INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO**

L'Indennizzo per il caso di Ricovero Ospedaliero consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Ricovero Ospedaliero, di una somma pari alla rata mensile (comprensiva di capitale ed interessi) in scadenza alla data del sinistro, secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo.

Nel caso in cui il sinistro si verifichi nel periodo che intercorre tra la data di estinzione iniziale del mutuo e la data di scadenza dell'assicurazione, Chiara Assicurazioni per la determinazione dell'indennizzo mensile farà riferimento all'ultima rata mensile del Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo 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.

### **ART. 7.3 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO**

Sono esclusi i casi di Ricovero Ospedaliero causati da quanto già indicato nel precedente art. 5.3

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall'art. 1.2

### **ART. 7.4 – DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO**

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al precedente Art. 4.3 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.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

### **ART. 7.5 – DENUNCE SUCCESSIVE**

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.

# 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 <sup>(1)</sup>

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<sup>(2)</sup> e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge<sup>(3)</sup> – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative ed amministrativo contabili<sup>(4)</sup>, 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<sup>(5)</sup> 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<sup>(6)</sup>, 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”<sup>(7)</sup>.

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 Società dichiarano che non tratteranno i Suoi dati al fine di rilevare la qualità dei servizi o i 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. Pertanto non verrà richiesto esplicito consenso o diniego; ciò non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

## 3) Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati<sup>(8)</sup> 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; 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<sup>(9)</sup>; 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 Compagnie 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<sup>(10)</sup>.

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 rivolgere richiesta al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Funzione Privacy, con sede in Lungadige Cangrande, 16, 37126



Verona, e-mail: [privacy@cattolicaassicurazioni.it](mailto:privacy@cattolicaassicurazioni.it).

Per l'esercizio dei Suoi diritti, relativamente a tutte le altre prestazioni, per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati e per ottenere l'elenco completo dei Responsabili del trattamento, può rivolgere richiesta al Titolare mediante lettera raccomandata (Funzione Antiriciclaggio, Antiterrorismo e Privacy, via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano), telefax (n. 02.5351969) o posta elettronica ([privacy@helvetia.it](mailto:privacy@helvetia.it)).

## NOTE

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> 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.

<sup>(3)</sup> Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

<sup>(4)</sup> i trattamenti effettuati per finalità amministrativo-contabili sono quelli connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile. In particolare, perseguono tali finalità le attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale.

<sup>(5)</sup> 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.

<sup>(6)</sup> Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

<sup>(7)</sup> 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 dei Gruppi a cui appartengono BCC Vita S.p.A. e Chiara Assicurazioni S.p.A (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge anche per quanto riguarda le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D.lgs. 21 novembre 2007, n. 231);
- 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; IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (Via del Quirinale, 21 - Roma); nonché altri soggetti, quali: UIF - Unità di informazione finanziaria per l'Italia; 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.

<sup>(8)</sup> 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, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

<sup>(9)</sup> 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.

<sup>(10)</sup> 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.

**Proposta di Adesione alle Polizze Assicurative Protezione Mutuo a premio annuo N. 30000163 e N. 100.1.000.681 stipulate tra Banca di Credito Cooperativo di Roma (in qualità di Contraente) e le Compagnie Chiara Assicurazioni S.p.A. e BCC Vita S.p.A.**

La presente Proposta di Adesione è stata realizzata sulla base di un modello documentale elaborato in Milano il cui ultimo aggiornamento risale al mese di Maggio 2015.

<b>Aderente</b>					
Cognome e Nome/Ragione Sociale:				Sesso:	
Codice Fiscale/P. IVA:					
Indirizzo:					
CAP:	Comune:		Provincia:	Nazione:	

<b>Assicurato</b>					
Cognome e Nome:				Sesso:	
Data di nascita:	Codice Fiscale:		Luogo di nascita:		
Professione:			Categoria professionale:		
Indirizzo residenza:					
CAP:	Comune:		Provincia:	Nazione:	

<b>Autorizzazione all'adesione da parte dell'Assicurato (se diverso dall'Aderente)</b>					
Il sottoscritto			autorizza l'Aderente alla stipula della presente polizza per proprio conto ai sensi dell'art. 1919, comma 2.		
Luogo		Data	Firma dell'Assicurato		

<b>Intermediario</b>					
Intermediario:		ABI:	CAB:	Codice sportello:	

<b>Estremi del Mutuo</b>					
Numero contratto:		Debito residuo attuale €:			
Durata del mutuo:	(anni/mesi/giorni)	Rateazione:		T.A.N. :	
Data stipula (ore 24.00 del):		Data scadenza (ore 24 del):			
Ente Erogante:					

<b>Estremi di Polizza</b>					
Codice Prodotto:		Cod. Nota Informativa e Glossario:		Cod. Condizioni di Assicurazione:	
Data decorrenza contratto (ore 24.00 del):		Data scadenza contratto (ore 24.00 del):		Durata:	(anni)
Data scadenza Sezione 1 (ore 24 del):	Durata:	Data scadenza Sezione 2 (ore 24 del):		Durata:	(anni)

<b>Prestazioni Sezione 1</b>		<b>Capitale assicurato iniziale (euro)</b>	<b>Premio lordo annuo (euro)</b>
1. Decesso			(*)
2. Invalidità Totale Permanente da Infortunio			
<b>Prestazioni Sezione 2</b>		<b>Indennizzo</b>	<b>Premio lordo annuo (euro)</b>
1. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia		Rata mensile del finanziamento in scadenza alla data del sinistro (fino ad un massimo di € 2.000)	
2. Disoccupazione			
3. Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia			

<b>Premio (in euro)</b>					
Premio Lordo Annuo (Vita e Danni):	di cui Imposte:	Frequenza di pagamento:	Premio Lordo di Rata (Vita e Danni):	di cui Imposte:	
Premio di Rata (Vita) (*):		di cui Costi a carico dell'Aderente:		di cui importo percepito dall'intermediario:	
<b>(*comprendivo interessi di frazionamento mensile, se prescelto, pari al 4,00%</b>					
Premio Lordo di Rata (Danni):	di cui Imposte:	di cui Costi a carico dell'Aderente:		di cui importo percepito dall'intermediario:	
Modalità di pagamento: Addebito diretto in conto corrente bancario					
Coordinate Bancarie:	ABI:	CAB:	CIN:	Numero C/C:	IBAN:



**Designazione dei Beneficiari**

Beneficiario irrevocabile in caso di Morte limitatamente alla quota parte di prestazione in caso di decesso corrispondente al debito residuo effettivo alla data di decesso stessa:  
in caso di aderente persona giuridica: l'Aderente  
in caso di aderente persona fisica: gli Eredi Legittimi, salvo diversa comunicazione scritta

Luogo Data: Firma dell'Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma)/ (Assicurato)



**Dichiarazioni dell'Aderente**

INFORMATIVE PRECONTRATTUALI E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**L'Aderente dichiara inoltre di aver ricevuto e preso visione del Fascicolo Informativo contenente: "Nota Informativa", "Glossario", "Condizioni di assicurazione", "Modulo di Proposta".**

Luogo Data Firma Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma)



APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Aderente dichiara inoltre di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente – ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341 secondo comma: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari – i seguenti articoli: Art. 1.6 – Durata dell'assicurazione; Art. 1.7 Pagamento del premio; Art. 1.16 – Cessione dei diritti; Art. 2.4 – Esclusioni per il caso di Morte; Art. 2.7 – Denuncia del sinistro e oneri relativi; Art. 3.6 – Esclusioni per il caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio; Art. 3.7 – Denuncia del sinistro ed oneri relativi; Art. 3.10 – Controversie – Arbitrato irrituale; Art. 4.3 – Denuncia del sinistro ed oneri relativi; Art. 5.3 – Esclusioni per il caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia; Art. 6.3 – Esclusioni per il caso di Disoccupazione; Art. 7.3 – Esclusioni per il caso di Ricovero ospedaliero.

**L'Aderente dichiara di essere stato adeguatamente informato che la presente polizza è facoltativa, vale a dire non obbligatoria né condizionante l'erogazione del mutuo.**

Luogo Data Firma Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma)



**Condizioni valide solo in caso di polizza di durata poliennale ed esclusivamente per le garanzie prestate da Chiara Assicurazioni**

Ad integrazione e/o parziale modifica delle Condizioni di Assicurazione ricevute, con riferimento agli articoli o sezioni riferibili alla durata della Polizza, ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, l'Aderente prende atto di quanto di seguito indicato:

- l'applicazione di uno sconto per durata poliennale pari al 10% rispetto al premio previsto per la stessa copertura di durata annuale (esclusivamente per le garanzie prestate da Chiara Assicurazioni);
- la possibilità, a fronte dello sconto sopraindicato, di esercitare la facoltà di recedere annualmente dalle garanzie prestate da Chiara Assicurazioni, a partire dal quinto anno. Se il contratto supera i cinque anni, l'Aderente, trascorso il quinquennio, può esercitare tale facoltà, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

FERMO IL RESTO

Firma dell'Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma)



**Dichiarazioni dell'Assicurato – Assumibilità**

**DICHIARAZIONE STATO DI BUONA SALUTE (DBS)**

Ai fini della validità della copertura per le presenti polizze assicurative, l'Assicurato dichiara:

- di essere in buono stato di salute ovvero di non essere affetto da malattie gravi (ad eccezione delle malattie mentali) o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- di non aver mai sofferto di alcuna delle seguenti malattie gravi: neoplasie maligne, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino, sieropositività per HIV, connettiviti sistemiche e vasculiti gravi su base immunologica, malattie genetiche;
- di non essere mai stato ricoverato in case di cura ed ospedali per le suddette malattie.

L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_



**QUESTIONARIO SANITARIO**

Nel caso in cui all'Assicurato non possa sottoscrivere la DBS di cui sopra, è richiesta – contestualmente alla sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, la compilazione, da parte dell'Assicurato, del Questionario Sanitario. Quanto dichiarato nel questionario prevarrà in ogni caso sulla Dichiarazione di Buona Salute.

L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Le Compagnie garantiscono la copertura assicurativa a seguito della valutazione positiva del Questionario Sanitario.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_



**RAPPORTO DI VISITA MEDICA**

Nel caso in cui si volesse assicurare un capitale superiore a 250.000,00 Euro e fino a 500.000,00 Euro, o l'importo di uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio dall'Assicurato sia superiore a 250.000,00 Euro, si richiede: la compilazione da parte di un Medico del Rapporto di Visita Medica, analisi delle urine ed altri accertamenti sanitari.

L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Le Compagnie garantiscono la copertura a seguito della valutazione positiva del Rapporto di Visita Medica.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_



**AVVERTENZE:**

- **LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURATO PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE;**
- **PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE L'ASSICURATO DEVE VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NELLA DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE;**
- **ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALL'IMPRESA, L'ASSICURATO PUO' CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE CON IL TOTALE COSTO A CARICO DELLO STESSO.**

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_



**Diritti dell'Aderente**

**REVOCA**

E' possibile, da parte dell'Aderente, esercitare il diritto di revoca del presente modulo di Adesione entro il giorno precedente la data di conclusione del contratto.

**RECESSO**

E' possibile, da parte dell'Aderente, esercitare il diritto di recesso dal presente modulo di adesione entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso.

**Autorizzazioni dell'Aderente e dell'Assicurato**

**MODALITÀ DI ADDEBITO**

L'Aderente autorizza la Banca di Credito Cooperativo di Roma ad addebitare sul conto corrente indicato in frontespizio di polizza il premio di perfezionamento ed i premi successivi (**Vita e Danni**) della presente polizza assicurativa

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma)



**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'Aderente/Assicurato dichiara/no di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sulla privacy (d.lgs. 196/2003) e di acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa. L'Aderente/Assicurato dichiara/no inoltre di non acconsentire al trattamento dei dati personali per finalità di informazione e promozione commerciale.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma) \_\_\_\_\_ Firma Assicurato



**Spazio Riservato all'Incaricato della Banca**

Dichiaro di aver provveduto personalmente all'identificazione del sottoscrittore, le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi, che le firme sono state riportate in mia presenza e che il versamento del premio è stato effettuato con le modalità di sopra indicate. Dichiaro inoltre di aver presa visione e di essere a conoscenza del D.lgs. n° 231/2007 e successive modificazioni.

«Identificativi Incaricato Banca»

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Incaricato della Banca



BCC Vita S.p.A.  
Il Rappresentante Legale  
Carlo Barbera

Chiara Assicurazioni S.p.A.  
Il Rappresentante Legale  
Claudio Rampin

«LUOGO», \_\_\_\_\_ il «DATA\_EMISSIONE» \_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma)

