



ASSURANT Solutions

*Contratto di assicurazione di puro rischio
Creditor Protection*

*Nuove emissioni e Surroghe di Mutui non residenziali,
Mutui derivanti da rinegoziazioni interne e consolidamento
debiti, Mutui in Stock*

MDS10ASS01 - L e MDS10ASS01 - NL

FASCICOLO INFORMATIVO

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- la Nota Informativa
- le Condizioni di Assicurazione
- il Glossario
- il Modulo di proposta

Deve essere consegnato all'aderente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Note Informative

Nota Informativa

Polizza di Assicurazione Vita collegata alla polizza di Assicurazione Danni a Premio Unico a Copertura del Debito Residuo per nuove emissioni e surroghe di Mutui non residenziali, Mutui derivanti da rinegoziazioni interne e consolidamento debiti, Mutui in Stock

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

"Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza"

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Assurant Life Ltd, Compagnia di Assicurazione Vita con sede legale nel Regno Unito (117-119 Whitby Road, Slough Berkshire SL13DR, autorizzata a commercializzare i propri prodotti sia in libera prestazione di servizi sia in libertà di stabilimento, attraverso la sua Rappresentanza Generale in Italia (di seguito "Società"), sita in p.le Cadorna 4, 20123 Milano Tel. 800088757 - sito internet www.assurant.it.

La Società e la sua Rappresentanza Generale sono sottoposte alla vigilanza della Financial Services Authority (F.S.A.), organo di vigilanza del Regno Unito.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

A livello europeo:

Il Patrimonio Netto della società è pari a € 15.920.000.

La parte del Patrimonio Netto relativa al Capitale Sociale è pari a € 15.760.000.

La parte del Patrimonio Netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a € 0.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è pari a 277,00% sulla base dei requisiti di capitale previsti dalla normativa europea Solvency.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e Garanzie offerte

Il contratto di assicurazione ha una durata pari a quella del Mutuo e, in presenza di Mutui di durata superiore a 10 (dieci) anni, il contratto cessa al raggiungimento di tale termine.

"Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative":

- a) prestazioni in caso di Decesso;
- b) prestazioni in caso di Invalidità Totale Permanente.

Nel caso in cui il Contratto si estingua per insorgenza dello stato di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, si precisa che, in caso di Decesso dell'Assicurato successivamente alla liquidazione della prestazione assicurata per Invalidità Totale Permanente, nulla è più dovuto dalla Società. Infatti, il Contratto cessa di produrre effetti contestualmente al momento della corresponsione, da parte della Società, dell'Indennizzo dovuto al momento dell'accertamento del primo Sinistro.

Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 1, 2 e 3 delle Condizioni Generali di assicurazione.

AVVERTENZA - In tutte le prestazioni assicurative si applicano le seguenti limitazioni:

- L'età dell'Assicurato, alla data di decorrenza delle Coperture assicurative, deve essere almeno pari a 18 (diciotto) anni e comunque non superiore a 65 (sessantacinque) anni;
- Le prestazioni cessano di esistere al raggiungimento del 75esimo anno di età.

AVVERTENZA - Le prestazioni in caso di Decesso prevedono le seguenti limitazioni ed esclusioni:
La Copertura è soggetta ad un periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni per il caso di Decesso non conseguente a Infortunio. Per i soli Mutui in Stock la Copertura Decesso è soggetta ad una carenza di 180 giorni per il caso di Decesso non conseguente a Infortunio. Qualora l'Assicurato si sottoponga a Visita Medica, e l'esito degli esami risulta essere negativo, non verrà applicata la carenza.
Oltre alle esclusioni di cui alle Condizioni Generali di assicurazione, sono esclusi dall'oggetto della presente Copertura i casi di Decesso causato da suicidio (se avvenuto nei 24 mesi successivi alla data di adesione) anche in conseguenza ad atti di autolesionismo.
Si rinvia per maggior dettaglio alla sezione A) delle Condizioni Particolari di assicurazione.

AVVERTENZA - Le prestazioni in caso di Invalidità Totale Permanente prevedono le seguenti limitazioni ed esclusioni:
La Copertura è soggetta ad un periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni per il caso di Invalidità non conseguente a Infortunio. Qualora l'Assicurato si sottoponga a Visita Medica, e l'esito degli esami risulta essere negativo, non verrà applicata la carenza.
Oltre alle esclusioni di cui alle Condizioni Generali di assicurazione, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.
Si rinvia per maggior dettaglio alla sezione B) delle Condizioni Particolari di assicurazione.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le AVVERTENZE contenute nel Modulo di Adesione relative alla compilazione del questionario sanitario.

4. Premi

Il Premio è differenziato in base alla fascia di età di appartenenza dell'Assicurato al momento dell'ingresso, ed è determinato in base alla durata del Mutuo ed all'ammontare dello stesso.

Si rinvia per la disciplina specifica all'art. 6 delle Condizioni Generali di assicurazione.

La somma inizialmente assicurata è pari all'importo di Mutuo finanziato, comprensivo del Premio, qualora finanziato, e di tutte le spese accessorie.

Il Contratto prevede la corresponsione di un Premio anticipato in unica soluzione. Il Premio si determina moltiplicando il Tasso % di Premio per l'importo erogato all'Assicurato; il Tasso di Premio comprensivo dell'Imposta di Assicurazione è calcolato per ciascun assicurato in percentuale sull'importo del Capitale assicurato al netto del Premio assicurativo.

Il premio è versato tramite bonifico bancario. La Società conferisce alla Contraente il mandato per l'incasso del Premio il quale è da intendersi quindi come effettuato direttamente a favore della Società.

Composizione del Premio:

- Premio puro 46,81%
- Provvigioni di intermediazione 38,64%
- Spese di amministrazione 14,55%

Esempio:

Premio € 1.000,00 di cui:

- Premio puro € 468,10
- Provvigioni di intermediazione €386,64
- Spese di amministrazione € 145,50

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Vengono di seguito riportate alcune esemplificazioni degli importi di Premio richiesti per la Copertura assicurativa, relativi a diversi livelli di Capitale assicurato.

Valore esemplificativo dei premi in base alla durata									
Capitale Assicurato		<u>€50.000</u>	<u>€100.000</u>	<u>€150.000</u>	<u>€200.000</u>	<u>€250.000</u>	<u>€300.000</u>	<u>€350.000</u>	<u>€400.000</u>
Età	18 - 39	€ 2.000	€ 4.000	€ 6.000	€ 8.000	€ 10.000	€ 12.000	€ 14.000	€ 16.000
	40 - 49	€ 2.750	€ 5.500	€ 8.250	€ 11.000	€ 13.750	€ 16.500	€ 19.250	€ 22.000
	50 - 54	€ 4.250	€ 8.500	€ 12.750	€ 17.000	€ 21.250	€ 25.500	€ 29.750	€ 34.000
	55 - 64	€ 4.750	€ 9.500	€ 14.250	€ 19.000	€ 23.750	€ 28.500	€ 33.250	€ 38.000

Valore esemplificativo delle commissioni con <u>percentuale media</u> del 35,0%									
Capitale Assicurato		<u>€50.000</u>	<u>€100.000</u>	<u>€150.000</u>	<u>€200.000</u>	<u>€250.000</u>	<u>€300.000</u>	<u>€350.000</u>	<u>€400.000</u>
Età	18 - 39	€ 700	€ 1.400	€ 2.100	€ 2.800	€ 3.500	€ 4.200	€ 4.900	€ 5.600
	40 - 49	€ 962,5	€ 1.925	€ 2.887,5	€ 3.850	€ 4.812,5	€ 5.775	€ 6.737,5	€ 7.700
	50 - 54	€1.487,5	€ 2.975	€ 4.462,5	€ 5.950	€ 7.437,5	€ 8.925	€10.412,5	€ 11.900
	55 - 64	€1.662,5	€ 3.325	€ 4.987,5	€ 6.650	€ 8.312,5	€ 9.975	€11.637,5	€ 13.300

AVVERTENZA

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo l'Impresa restituisce al debitore/Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa, su richiesta del debitore/Assicurato, l'Impresa fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale.

Si rinvia per maggior dettaglio all'art. 17 delle Condizioni Generali di assicurazione.

C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE

5. Regime fiscale

E' riportato di seguito il trattamento fiscale riservato alla Polizza. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza.

E' opportuno comunque verificare la normativa vigente al momento della Dichiarazione dei Redditi.

5.1 Imposta sui Premi

I Premi relativi alle Coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente non sono soggetti ad Imposta.

5.2 Imposta sulle somme assicurate

Le somme corrisposte in caso di Decesso o di Invalidità Totale Permanente sono esenti da IRPEF.

5.3 Detrazione fiscale dei Premi

Il Premio relativo alla presente Polizza dà diritto, come da disposizioni in vigore alla data di redazione delle presenti Condizioni di Polizza, ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche, dichiarato dall'Assicurato. Trattandosi di Polizza a Premio Unico, la detrazione potrà essere effettuata,

nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa, esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del Premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi.

La detrazione spetta per un importo pari al 19 (diciannove)% del Premio corrisposto per le coperture Vita, con un tetto massimo pari a € 245,32 (corrispondente ad un'aliquota fiscale del 19 (diciannove)% applicata all'importo massimo di € 1.291,14). La Società invia all'Assicurato la documentazione che attesta l'importo del Premio versato e della sua quota detraibile.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

6. Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si intende concluso, previa sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione, della Dichiarazione di Buono Stato di Salute e della corresponsione del Premio Unico previsto, alle ore 24.00 della data di erogazione del Mutuo. La conclusione del Contratto è comunque subordinata all'accettazione, da parte della Società, della Proposta di Assicurazione sulla base degli elementi valutativi indicati all'art. 5 "Modalità assuntive del Contratto".

Si rinvia per maggior dettaglio all'art. 3 delle Condizioni Generali di assicurazione.

7. Diritto di recesso

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, dandone comunicazione alla Società ed in copia alla Contraente tramite invio di una Lettera Raccomandata A/R.

In tal caso la Società rimborserà all'Assicurato, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione, l'importo del Premio ricevuto, al netto di ogni imposta applicabile. L'esercizio del diritto di recesso libera l'Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Si rinvia per maggior dettaglio all'art. 15 delle Condizioni generali di Assicurazione.

Il solo Assicurato, qualora il contratto abbia una durata superiore ai dodici mesi, ha facoltà di recedere dal contratto alla scadenza di ogni singola annualità. I termini e le modalità di esercizio di tale diritto sono disciplinate all'Articolo. 3 delle Condizioni Generali di assicurazione cui si rinvia.

8. 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 devono contattare il numero verde 800088757 per richiedere il "Modulo di Denuncia Sinistro" (servizio operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00). Tale Modulo deve essere inviato alla Società, entro e non oltre 30 (trenta) giorni, compilato in tutte le sue parti per mezzo di Lettera Raccomandata A/R all'Ufficio Gestione Sinistri di Assurant Life Ltd. Rappresentanza generale per l'Italia per le coperture Vita, P.le Cadorna, 4 - 20123 MILANO, ovvero inviando una e-mail all'indirizzo infobcc@assurant.com, o un fax al numero 0239304113.

Unitamente al Modulo di Denuncia Sinistro di cui al comma precedente, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare alla Società la documentazione indicata nel fac-simile del Modulo allegato alla documentazione contrattuale, e specificata nelle Condizioni Particolari di Polizza.

L'Impresa provvederà alla liquidazione delle prestazioni entro 60 (sessanta) giorni dalla chiusura del processo di gestione del sinistro e approvazione/quantificazione della prestazione.

9. Legge applicabile al contratto

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana, che vale anche a disciplinare tutto quanto non è qui diversamente regolato.

10. Lingua in cui è redatto il contratto

Il Contratto ed ogni altro documento costituente parte integrante del rapporto assicurativo sono redatti in lingua italiana.

11. Reclami

Eventuali reclami riguardanti la Polizza o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, presso il Servizio di Gestione Reclami: Assurant Life Ltd (relativamente alle coperture Vita), P.le Cadorna, 4 - 20123 Milano - tel. 0230462700 - fax 0239304112, e-mail reclami@assurant.com, specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati.

Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Il reclamante avente domicilio in Italia può presentare all'ISVAP un reclamo per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, o in alternativa può rivolgersi direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>.

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

12. Informativa in corso di Contratto

La Società comunicherà tempestivamente alla Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del Contratto.

Le eventuali modifiche alla presente Polizza e a ciascuna delle Coperture, per essere opponibili devono essere approvate per iscritto e avranno effetto solo per le Coperture aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche stesse.

13. Conflitto di interessi

Nell'attività di offerta e sottoscrizione della Polizza descritta nella presente Nota Informativa, la Società si impegna a non effettuare operazioni, sia nell'offerta che nella gestione dei contratti, in relazione alle quali essa stessa si trovi in una posizione di conflitto di interesse diretto o indiretto, anche derivante da rapporto di gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del gruppo.

Nonostante l'attuale assenza di situazioni di conflitto alla data di redazione della presente Nota Informativa, Assurant Life Ltd si impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi degli Assicurati e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

Assurant Life Ltd. Rappresentanza generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale



Marco Prada

Nota Informativa

Polizza di Assicurazione Danni collegata alla Polizza di Assicurazione Vita a Premio Unico
A Copertura del Debito Residuo per nuove emissioni e surroghe di Mutui non residenziali,
Mutui derivanti da rinegoziazioni interne e consolidamento debiti, Mutui in Stock

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

“Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza”

A. INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Assurant General Insurance Ltd, Compagnia di Assicurazione Danni con sede legale nel Regno Unito (117-119 Whitby Road, Slough Berkshire SL13DR, autorizzata a commercializzare i propri prodotti sia in libera prestazione di servizi sia in libertà di stabilimento, attraverso la sua Rappresentanza Generale in Italia (di seguito “Società”), sita in p.le Cadorna 4, 20123 Milano Tel. 800088757 - sito internet www.assurant.it, e-mail prodotti@assurant.com.

La Società e la sua Rappresentanza Generale sono sottoposte alla vigilanza della Financial Services Authority (F.S.A.), organo di vigilanza del Regno Unito.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell’Impresa

A livello europeo:

Il Patrimonio Netto della Società è pari a € 25.034.000.

La parte del Patrimonio Netto relativa al Capitale Sociale è pari a € 39.784.000.

La parte del Patrimonio Netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a € 13.085.000.

L’indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 133,00% sulla base dei requisiti di capitale previsti dalla normativa europea Solvency.

I dati di cui sopra sono relativi all’ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata pari a quella del Mutuo e, in presenza di Mutui di durata superiore a 10 (dieci) anni, il contratto cessa al raggiungimento di tale termine.

Non è previsto il tacito rinnovo.

Si rinvia per maggior dettaglio all’art. 3 delle Condizioni Generali di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - limitazioni ed esclusioni

“Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative”:

- a) prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia;
- b) prestazioni in caso di Perdita d’Impiego Involontaria;
- c) prestazioni in caso di Ricovero Ospedaliero.

Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 1, 2 e 3 delle Condizioni Generali di assicurazione.

AVVERTENZA - In tutte le prestazioni assicurative si applicano le seguenti limitazioni:

- L’età dell’Assicurato, alla data di decorrenza delle Coperture assicurative, deve essere almeno pari a 18 (diciotto) anni e comunque non superiore a 65 (sessantacinque) anni;
- Per le garanzie che prevedono la causa Malattia (Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero) al raggiungimento del 65esimo anno di età (età massima assumibile) la Compagnia provvederà a disdettare il contratto alla scadenza dell’annualità in cui l’Assicurato ha raggiunto l’età massima assicurabile.

AVVERTENZA - Le prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia prevedono le seguenti limitazioni, esclusioni e periodi di carenza:

La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 30 (trenta) giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (periodo di Franchigia Assoluta). Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

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

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di assicurazione, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

Si rinvia per maggior dettaglio alla sezione C) delle Condizioni Particolari di assicurazione.

AVVERTENZA - Periodo di carenza contrattuale: per i Sinistri conseguenti ad Infortunio e Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora il Sinistro avvenga, oppure insorga entro 60 (sessanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Si rinvia per maggior dettaglio alla sezione C) delle Condizioni Particolari di assicurazione.

AVVERTENZA - Le prestazioni in caso di Perdita d'Impiego Involontaria prevedono le seguenti limitazioni ed esclusioni:

I Sinistri accertati sono indennizzabili se verificatisi non prima di 180 (centottanta) giorni (periodo di Carenza) dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione. La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 30 (trenta) giorni consecutivi di Disoccupazione (periodo di Franchigia Assoluta). Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di comprovata Inattività Lavorativa.

Oltre alle esclusioni di cui alle Condizioni Generali di assicurazione, sono previste esclusioni particolari, per le quali si rinvia all'art. IV della sezione D) delle Condizioni Particolari di assicurazione.

AVVERTENZA - Le prestazioni in caso di Ricovero Ospedaliero prevedono le seguenti limitazioni ed esclusioni:

La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 7 (sette) giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero (periodo di Franchigia Assoluta). Gli eventuali Indennizzi successivi saranno liquidati con cadenza pari a 30 (trenta) giorni, se l'Assicurato risulti essere ancora in stato di ricovero alle successive date di scadenza della rata mensile.

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di assicurazione, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Ricovero Ospedaliero causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

Si rinvia per maggior dettaglio alla sezione E) delle Condizioni Particolari di assicurazione.

AVVERTENZA - Periodo di carenza contrattuale: per i Sinistri conseguenti ad Infortunio e Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora il Sinistro avvenga, oppure insorga entro 30 (trenta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Si rinvia per maggior dettaglio alla sezione E) delle Condizioni Particolari di assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. Per le conseguenze derivanti da dichiarazioni false o reticenti si rinvia all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Prima di sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata nel Modulo di Adesione è necessario verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in essa contenute. Le

dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione

In deroga a quanto previsto dagli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, rispettivamente regolanti la diminuzione e l'aggravamento del rischio, la Compagnia in caso di variazione della professione dell'Assicurato in corso di copertura, prevede l'applicazione della copertura corrispondente alla condizione occupazionale dell'Assicurato al momento del sinistro.

Per la disciplina delle conseguenze si rinvia all'art. 2 delle Condizioni generali di assicurazione.

Esemplificazione: qualora l'Assicurato in corso di copertura passi da un contratto di lavoro dipendente del settore Pubblico ad un contratto di lavoro dipendenti di Ente Privato e tale sia la condizione occupazionale al momento del Sinistro, la prestazione di riferimento si modifica da Inabilità Temporanea Totale a Perdita di Impiego Involontaria.

6. Premi

Il Premio è differenziato in base alla fascia di età di appartenenza dell'Assicurato al momento dell'ingresso, ed è determinato in base alla durata del Mutuo ed all'ammontare dello stesso.

La somma inizialmente assicurata è pari all'importo di Mutuo finanziato, comprensivo del Premio, qualora finanziato, e di tutte le spese accessorie.

Il Contratto prevede la corresponsione di un Premio anticipato in unica soluzione. Il Premio si determina moltiplicando il Tasso % di Premio per l'importo erogato all'Assicurato; il Tasso di Premio comprensivo dell'Imposta di Assicurazione è calcolato per ciascun assicurato in percentuale sull'importo del Capitale assicurato al netto del Premio assicurativo.

Il premio è versato tramite bonifico bancario. La Società conferisce alla Contraente il mandato per l'incasso del Premio il quale è da intendersi quindi come effettuato direttamente a favore della Società.

Composizione del Premio:

- Premio puro 46,81%
- Provvigioni di intermediazione 38,64%
- Spese di amministrazione 14,55%

Esempio:

Premio € 1.000,00 di cui:

- Premio puro € 468,10
- Provvigioni di intermediazione €386,40
- Spese di amministrazione € 145,50

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Vengono di seguito riportate alcune esemplificazioni degli importi di Premio richiesti per la Copertura assicurativa, relativi a diversi livelli di Capitale assicurato.

Valore esemplificativo dei premi in base alla durata									
Capitale Assicurato		<u>€50.000</u>	<u>€100.000</u>	<u>€150.000</u>	<u>€200.000</u>	<u>€250.000</u>	<u>€300.000</u>	<u>€350.000</u>	<u>€400.000</u>
Età	18 - 39	€ 2.000	€ 4.000	€ 6.000	€ 8.000	€ 10.000	€ 12.000	€ 14.000	€ 16.000
	40 - 49	€ 2.750	€ 5.500	€ 8.250	€ 11.000	€ 13.750	€ 16.500	€ 19.250	€ 22.000
	50 - 54	€ 4.250	€ 8.500	€ 12.750	€ 17.000	€ 21.250	€ 25.500	€ 29.750	€ 34.000
	55 - 64	€ 4.750	€ 9.500	€ 14.250	€ 19.000	€ 23.750	€ 28.500	€ 33.250	€ 38.000

Valore esemplificativo delle commissioni con <u>percentuale media</u> del 35,0%									
Capitale Assicurato		<u>€50.000</u>	<u>€100.000</u>	<u>€150.000</u>	<u>€200.000</u>	<u>€250.000</u>	<u>€300.000</u>	<u>€350.000</u>	<u>€400.000</u>
Età	18 - 39	€ 700,0	€ 1.400,0	€ 2.100,0	€ 2.800,0	€ 3.500,0	€ 4.200,0	€ 4.900,0	€ 5.600,0
	40 - 49	€ 962,5	€ 1.925,0	€ 2.887,5	€ 3.850,0	€ 4.812,5	€ 5.775,0	€ 6.737,5	€ 7.700,0
	50 - 54	€1.487,5	€ 2.975,0	€ 4.462,5	€ 5.950,0	€ 7.437,5	€ 8.925,0	€10.412,5	€11.900,0
	55 - 64	€1.662,5	€ 3.325,0	€ 4.987,5	€ 6.650,0	€ 8.312,5	€ 9.975,0	€11.637,5	€13.300,0

AVVERTENZA

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo l'Impresa restituisce al debitore/Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa, su richiesta del debitore/Assicurato, l'Impresa fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale.

Si rinvia per maggior dettaglio all'art. 17 delle Condizioni Generali di assicurazione.

7. Diritto di recesso

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, dandone comunicazione alla Società ed in copia alla Contraente tramite invio di una Lettera Raccomandata A/R.

In tal caso la Società rimborserà all'Assicurato, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione, l'importo del Premio ricevuto, al netto di ogni imposta applicabile. L'esercizio del diritto di recesso libera l'Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Si rinvia per maggior dettaglio all'art. 15 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il solo Assicurato, qualora il contratto abbia una durata superiore ai dodici mesi, ha facoltà di recedere dal contratto alla scadenza di ogni singola annualità. I termini e le modalità di esercizio di tale diritto sono disciplinate all'Articolo. 3 delle Condizioni Generali di assicurazione cui si rinvia.

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dalla data in cui possono essere fatti valere, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

9. Legge applicabile al contratto

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana, che vale anche a disciplinare tutto quanto non è qui diversamente regolato.

10. Regime fiscale

E' riportato di seguito il trattamento fiscale riservato alla Polizza. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza.

E' opportuno comunque verificare la normativa vigente al momento della Dichiarazione dei Redditi.

10.1 Imposta sui Premi

I Premi relativi alle Coperture Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego Involontaria e Ricovero Ospedaliero sono soggetti all'imposta del 2,50 (due e cinquanta)%.

10.2 Imposta sulle somme assicurate

Le somme corrisposte in caso di Inabilità Temporanea Totale, anche se erogata sotto forma di rendita, sono esenti da IRPEF. Le somme corrisposte, invece, in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

C. INFORMAZIONI SULE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA: In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono contattare il numero verde 800088757 per richiedere il "Modulo di Denuncia Sinistro" (servizio operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00). Tale Modulo deve essere inviato alla Società, entro e non oltre 30 (trenta) giorni, compilato in tutte le sue parti per mezzo di Lettera Raccomandata A/R all'Ufficio Gestione Sinistri di Assurant General Insurance Ltd. Rappresentanza generale per l'Italia per le coperture Danni, P.le Cadorna, 4 - 20123 MILANO, ovvero inviando una e-mail all'indirizzo infobcc@assurant.com, o un fax al numero 0239304113.

Unitamente al Modulo di Denuncia Sinistro di cui al comma precedente, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare alla Società la documentazione indicata nel fac-simile del Modulo allegato alla documentazione contrattuale, e specificata nelle Condizioni Particolari di Polizza.

L'Impresa provvederà alla liquidazione delle prestazioni entro 60 (sessanta) giorni dalla chiusura del processo di gestione del sinistro e approvazione/quantificazione della prestazione.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti la Polizza o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, presso il Servizio di Gestione Reclami: Assurant General Insurance Ltd (relativamente alle coperture Danni) e a Assurant Life Ltd (relativamente alle coperture Vita), P.le Cadorna, 4 - 20123 Milano - tel. 0230462700 - fax 0239304112, e-mail reclami@assurant.com, specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati.

Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Il reclamante avente domicilio in Italia può presentare all'ISVAP un reclamo per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, o in alternativa può rivolgersi direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>.

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

13. Arbitrato

In caso di controversia qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.

Assurant General Insurance Ltd. Rappresentanza generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale



Marco Prada

GLOSSARIO

Accollo

Accordo mediante il quale un soggetto, divenuto nuovo proprietario dell'immobile sul quale grava il Mutuo, subentra alle stesse condizioni nel Debito Residuo dell'Assicurato dispensando quest'ultimo dall'onere di rimborsare il finanziamento. Il debitore originario è pertanto completamente liberato dal suo debito nei confronti del soggetto con il quale ha stipulato un contratto di Mutuo.

Appendice

Documento che forma parte integrante del Contratto di Assicurazione, emesso contestualmente o successivamente allo stesso per modificarne alcuni aspetti, in ogni caso concordati tra la Società e la Contraente.

Assicurato

Persona fisica che ha sottoscritto il Contratto di Mutuo, che presenta i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 1 delle Condizioni Generali di Polizza, che ha sottoscritto il Modulo di Adesione e che ha pagato il Premio.

Assicuratore

Vedi "Società".

Assicurazione

La Copertura assicurativa concessa all'Assicurato dalla Società in base alle Condizioni di Polizza.

Beneficiario

Soggetto che ha diritto alla Prestazione.

Capitale Assicurato

Importo rispetto al quale la Società garantisce l'Indennizzo nel caso in cui si verifichi un Sinistro. Esso corrisponde, all'atto di sottoscrizione della Polizza, all'importo di Mutuo finanziato all'Assicurato comprensivo di tutte le spese e del Premio assicurativo, qualora finanziato. Per i Mutui Stock corrisponde al Debito Residuo in linea capitale al momento della sottoscrizione della Polizza.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di Conclusione del Contratto durante il quale la Copertura non ha efficacia. Qualora l'evento assicurato si verifichi in tale periodo l'Assicurato non avrà diritto alcuno alla Liquidazione e la Società non corrisponderà l'Indennizzo.

Cessazione dell'Assicurazione (vedi anche "Scadenza")

Le ore 24.00 del giorno in cui si è verificato il primo degli eventi previsti nell'art. 3 delle Condizioni Generali - "Decorrenza e Cessazione dell'Assicurazione".

Conclusione del Contratto

Momento in cui la Contraente riceve il Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato e il pagamento del Premio.

Condizioni Contrattuali o di Polizza

L'insieme delle Condizioni Generali di Polizza e Condizioni Particolari di Polizza.

Condizioni Generali

Clausole di base previste dal Contratto di Assicurazione, che ne regolano gli aspetti generali.

Condizioni Particolari

Insieme di clausole contrattuali con le quali le clausole di base previste dalle Condizioni Generali sono ampliate, ridotte o modificate con specifico riferimento a una determinata Copertura assicurativa.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può essere in conflitto con quello della Contraente o dell'Assicurato.

Contraente

L'ente giuridico che stipula la Polizza Collettiva in nome e per conto degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a garantire l'insieme delle Coperture assicurative sottoscritte. Esso è composto dalle Condizioni Generali, dalle Condizioni Particolari, dai suoi Allegati ed eventuali Appendici.

Convenzione

Vedi "Polizza Collettiva".

Copertura

La Copertura assicurativa concessa all'Assicurato dalla Società in forza della quale la stessa è obbligata - alle condizioni previste dalla legge e dal Contratto di Assicurazione - al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Debito Residuo

Il debito residuo dell'Assicurato in forza del Contratto di Mutuo (con l'esclusione di qualsiasi importo dovuto dall'Assicurato per rate scadute impagate e relativi interessi, nonché penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.) è calcolato durante tutto il periodo di copertura assicurativa sulla base del Capitale assicurato iniziale e della durata inizialmente prevista del Mutuo, secondo un piano di ammortamento alla francese, con un tasso costante del 6,50(seivirgolacinquanta)%.

Decesso (Vedi "Morte")

La Morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche Esclusioni di Polizza.

Decorrenza della Polizza

Le ore 24.00 del giorno in cui è avvenuta la Conclusione del Contratto di Assicurazione.

Disoccupazione

Ai fini della Copertura "Perdita d'Impiego Involontaria", si trova in stato di Disoccupazione l'Assicurato che al momento del Sinistro:

- abbia cessato per motivi indipendenti dalla sua volontà la sua normale attività lavorativa e non svolga qualsiasi altra occupazione, di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali, la quale generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto negli elenchi anagrafici in Italia con lo status di Disoccupato, o nelle liste di Mobilità regionali;
- non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale le Coperture assicurative sono operanti e il Contratto di Assicurazione ha piena validità.

Ente Privato

Ogni soggetto giuridico diverso dall'Ente Pubblico e che non sia comunque riconducibile alla nozione di Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico

Ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione: ovvero 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.

Esclusioni

Rischi esclusi dalla Copertura assicurativa in base alle Condizioni di Polizza.

Estensione territoriale

Spazio geografico entro il quale la Copertura assicurativa è operante.

Età

Per Età dell'Assicurato si intende l'età anagrafica.

Fascicolo Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare all'Assicurato, composto di:

- Nota Informativa;
- Condizioni Generali e Particolari di Polizza;
- Glossario.

Franchigia Assoluta

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro in relazione al quale, pur in presenza di un evento indennizzabile in base alle Condizioni di Polizza, la Copertura non opera e quindi non viene riconosciuto nessun Indennizzo.

Franchigia Relativa

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro in relazione al quale, in assenza del perdurare del Sinistro, lo stesso non è indennizzabile.

Impresa di Assicurazione

Vedi "Società".

Inabilità Temporanea Totale

Perdita totale e temporanea, medicalmente accertata secondo le Condizioni di Polizza, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in base alle Coperture assicurative, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati all'Infortunio: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze, l'annegamento, l'assideramento o il congelamento, i colpi di sole o di calore, le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalità Totale Permanente

La perdita definitiva e irrimediabile da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro fonte di reddito o guadagno, indipendentemente dalla normale attività svolta. Il grado percentuale di Invalità Totale Permanente dell'Assicurato deve essere superiore al 66,66% (due terzi). La valutazione dell'Invalità Permanente sarà effettuata non prima che siano decorsi 6 (sei) mesi dalla data della denuncia del Sinistro e comunque non oltre i 12 (dodici) mesi da tale data.

ISVAP

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo.

Istituto di Cura

L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero dei malati. Non si considerano Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Lavoratore Atipico

Si intendono quei lavoratori inquadrati in forme diverse dal tipico contratto di lavoro a tempo indeterminato. Rientrano per esempio nella categoria dei lavoratori atipici quei lavoratori con contratto di lavoro a progetto o a tempo determinato. Sono altresì considerati lavoratori atipici coloro che godono di redditi a fini di studio o di addestramento.

Lavoratore Autonomo

La persona fisica che ha presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente dalla quale risulta esclusa la percezione di reddito da lavoro dipendente (v. definizione di Lavoratore Dipendente) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti negli articoli 29 (reddito agrario), 49 (reddito 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 che 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.

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 subordinato a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.

Liquidazione

Pagamento dell'Indennizzo al Beneficiario.

Malattia

Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Modulo di Adesione

La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato, contestualmente al Contratto di Mutuo, mediante la quale l'Assicurato aderisce alla Polizza collettiva e che contiene le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

Morte (Vedi "Decesso")

Il Decesso dell'Assicurato, avvenuto per qualsiasi causa.

Mutuo da Consolidamento debiti

Procedura attraverso la quale, in presenza di più di un finanziamento o debito, quindi più rate, si cerca di unificare, consolidare i vari debiti o finanziamenti in una unica e singola rata, inglobando in un unico finanziamento tutti i precedenti, e soprattutto riducendo l'importo della rata rispetto al totale delle rate originarie. Contemporaneamente si può chiedere di rilasciare ulteriori somme di denaro, cioè liquidità aggiuntiva da spendere liberamente. In questo caso si parla di consolidamento + liquidità.

Mutuo in Stock

Mutuo già erogato dalla BCC/CRA facente parte del proprio portafoglio di finanziamenti in essere, ed eleggibile ai fini dell'assicurabilità del debito.

Mutuo Non Residenziale (Contratto di)

Contratto mediante il quale è concessa in prestito all'Assicurato una somma predeterminata NON finalizzata all'acquisto della proprietà o alla ristrutturazione di immobile adibito ad uso abitativo, indipendentemente dall'iscrizione di ipoteca sull'immobile.

Non Lavoratore

La persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente (es. casalinghe, studenti ecc).

Nota Informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP da consegnare all'Assicurato prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione e che contiene informazioni relative alla Società e al Contratto di Assicurazione.

Parti

Contraente, Assicurato, Beneficiario, Assicuratore.

Pensionato

Percettore di trattamento pensionistico, sprovvisto di fonti di reddito da lavoro autonomo o dipendente.

Perdita d'Impiego Involontaria

Copertura assicurativa dell'evento Disoccupazione.

Periodo di Copertura (o di efficacia)

Periodo compreso tra la data di Conclusione del Contratto e la data di cessazione, durante il quale il Contratto di Assicurazione è efficace e le Coperture sono operanti.

Periodo di Riquilificazione

Intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Perdita d'Impiego Involontaria o di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero liquidabile ai sensi della Polizza, durante il quale l'Assicurato deve tornare a svolgere la sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita d'Impiego Involontaria o Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero.

Polizza

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del Contratto di Assicurazione e regola i rapporti fra le Parti.

Polizza Collettiva

Contratto di Assicurazione stipulato dalla Contraente in nome e per conto di un gruppo di Assicurati.

Premio

La somma di denaro dovuta dall'Assicurato per la Copertura prestata dalla Società.

Premio Unico

Premio che l'Assicurato corrisponde anticipatamente in unica soluzione al momento della Conclusione del Contratto.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

I diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono nel termine di due anni.

Prestazione assicurata

Vedi "Indennizzo".

Questionario medico autocertificato

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione. Tale documento sottoscritto dall'Assicurato stesso è parte integrante della procedura assuntiva.

Quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del Premio.

Rapporto di visita medica

Modulo che deve essere compilato da un medico italiano designato dalla Società relativo allo stato di salute dell'Assicurato.

Rata

Ciascuna Rata mensile di rimborso del Mutuo, comprensiva di quota capitale ed interessi.

Recesso (o ripensamento)

Diritto dell'Assicurato di recedere dal Contratto di Assicurazione.

Ricovero Ospedaliero

Degenza che comporti almeno un pernottamento in un Istituto di Cura tra quelli definiti nelle Condizioni Contrattuali, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in Day Hospital o in ambulatorio.

Rinegoziazione interna del Mutuo

Procedura mediante la quale si procede alla estinzione di un Mutuo stipulato a condizioni non più convenienti per il titolare debitore e, contestualmente, alla accensione di un nuovo Mutuo a condizioni di mercato differenti.

Riscatto

Facoltà della Contraente di interrompere anticipatamente il contratto. La presente Polizza non è riscattabile.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del Contratto di Assicurazione.

Sinistro

Evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società

ASSURANT LIFE Ltd. Rappresentanza generale per l'Italia, con sede Legale in Milano, P.le Cadorna, 4 - 20123.

Fornisce le seguenti coperture:

- Decesso;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia.

ASSURANT GENERAL INSURANCE Ltd. Rappresentanza generale per l'Italia, con sede Legale in Milano, P.le Cadorna, 4 - 20123.

Fornisce le seguenti coperture:

- Inabilità Temporanea Totale causata da Infortunio o Malattia;
- Perdita d'Impiego Involontaria;
- Ricovero Ospedaliero.

Surroga di Mutuo Non Residenziale (Portabilità del Mutuo)

Contratto mediante il quale il debitore, nell'esercizio della facoltà di cui all'art. 1202 del codice Civile (Surrogazione per volontà del debitore), trasferisce presso la Banca contraente il debito residuo di un contratto di mutuo NON residenziale esistente, senza oneri accessori. La Contraente subentra nelle garanzie accessorie, personali e reali, al credito surrogato. Conformemente a quanto disposto dall'art. 8 della Legge Bersani (L. 40/2007), è nullo ogni patto anche posteriore alla stipulazione del contratto, con il quale si impedisca o si renda oneroso per il debitore l'esercizio della facoltà di surrogazione di cui sopra. La nullità del patto non comporta la nullità del contratto. La surrogazione per volontà del debitore non comporta il venir meno dei benefici fiscali.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione e persone assicurabili

- 1.1 Con il presente Contratto di Assicurazione la Società si obbliga, alle Condizioni di Polizza, a corrispondere un Indennizzo al Beneficiario al verificarsi di un Sinistro.
- 1.2 Le Coperture, e quindi i Sinistri, oggetto dell'Assicurazione, sono specificate nelle Condizioni Particolari di Polizza di seguito indicate.
Le Coperture hanno una durata pari a quella del Mutuo e, in presenza di Mutui di durata superiore a 10 (dieci) anni, cesseranno al raggiungimento di tale termine.
La somma inizialmente assicurata è pari all'importo di Mutuo finanziato, comprensivo di tutte le spese accessorie e del Premio qualora finanziato, così come indicato nel Modulo di Adesione, e nel caso di Mutui Stock, al Debito Residuo in linea capitale al momento della sottoscrizione.
- 1.3 L'Assicurazione è esclusivamente riservata alle persone fisiche che hanno stipulato con/attraverso la Banca Contraente un Contratto di Mutuo non residenziale (nuova emissione o surroga), un Mutuo derivante da rinegoziazione interna o consolidamento debiti, ovvero siano già titolari di un Mutuo in Stock, che alla data di sottoscrizione della Polizza abbiano un'età minima di 18 anni e non abbiano ancora compiuto i 65 anni, che abbiano aderito all'Assicurazione sottoscrivendo l'apposito "Modulo di Adesione" e pagato il Premio. E' possibile assicurare un unico mutuatario per l'intero importo del Mutuo assicurato, fermo restando il limite di Capitale Assicurato per singola testa di Euro 400.000,- (quattrocentomila) oppure, in caso di Mutuo cointestato, è possibile assicurare entrambi i mutuatari per una somma pari al 50% del Capitale Assicurato, con limite per singolo Assicurato pari a Euro 300.000,- (trecentomila) con un importo massimo di Mutuo cointestato assicurabile pari a Euro 600.000,- (seicentomila).
- 1.4 La determinazione dell'Indennizzo avviene al verificarsi del Sinistro. Le somme assicurate sono, secondo la Copertura, pari all'ammontare del Debito Residuo per le Coperture Decesso o Inabilità Totale Permanente, o all'ammontare delle Rate in scadenza durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego Involontaria e Ricovero Ospedaliero. Sono in ogni caso escluse dall'Indennizzo le Rate non pagate per qualsiasi causa non compresa tra le Coperture.
- 1.5 Le Coperture operano in via alternativa e non sono cumulabili; se l'Assicurato presenta una richiesta di Indennizzo in base ad una delle Coperture e la Società versa il relativo Indennizzo, nessun altro Indennizzo è dovuto per eventuali altre Coperture in relazione al medesimo Sinistro.

Art. 2 - Delimitazione delle Coperture

- 2.1 Qualora l'Assicurato durante il Periodo di Copertura modifichi la propria condizione lavorativa, la Copertura che potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla presente Polizza sarà sempre quella corrispondente alla condizione occupazionale dell'Assicurato al momento del Sinistro.
- 2.2 Al verificarsi di un Sinistro indennizzabile nel Periodo di Copertura, la Società riconoscerà un Indennizzo in favore del Beneficiario, nei limiti e con le modalità stabilite dalle Condizioni Particolari:
- a) in caso di Decesso (D), o Inabilità Totale Permanente (ITP) a tutti gli Assicurati;
 - b) in caso di Inabilità Temporanea Totale (ITT) agli Assicurati che al momento del Sinistro siano Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico e Lavoratori Atipici;
 - c) in caso di Perdita d'Impiego Involontaria (PII) agli Assicurati che al momento del Sinistro siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato con contratto a tempo indeterminato, abbiano superato il periodo di prova e sia trascorso un periodo di 180 (centoottanta) giorni complessivi e consecutivi dall'inizio del rapporto lavorativo;
 - d) in caso di Ricovero Ospedaliero (RO) agli Assicurati che al momento del Sinistro siano Non Lavoratori o Pensionati.

Art. 3 - Decorrenza e cessazione del Contratto di Assicurazione

- 3.1 Per ciascun Assicurato il Contratto di Assicurazione decorre dalle ore 24 della data di erogazione del Mutuo, sempre ch  sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione, sia stato effettuato il pagamento del Premio e, in funzione delle somme complessivamente assicurate con la Societ , l'Assicurato abbia fornito tutta la documentazione medica richiesta in base alla procedura assuntiva, sottoponendosi agli eventuali accertamenti sanitari previsti. Il costo degli accertamenti sanitari   totalmente a carico dell'Assicurato. Ai fini assicurativi la validit  degli esami medici   di 6 (sei) mesi dalla data di esecuzione degli stessi.
- La Copertura   sempre e comunque subordinata alla preventiva valutazione con esito positivo della documentazione medica da parte della Societ . Sono fatte salve le condizioni di assicurabilit  di cui alle Condizioni Generali e Particolari di Polizza.
- 3.2 L'assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata in polizza. Qualora il contratto abbia una durata superiore ai 12 (dodici) mesi, trattandosi di contratto poliennale, al solo Assicurato   riconosciuta, ai sensi di legge, la facolt  di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza della singola annualit , come previsto dall'art. 1899 C.C.
- 3.3 L'Assicurazione cessa di avere effetto in caso di liquidazione di Sinistro per Decesso o per Invalidit  Totale Permanente.
- 3.4 L'Assicurazione cessa in ogni caso di avere effetto per il raggiungimento dei limiti di Et  di cui alle Condizioni Particolari di Polizza.
- 3.5 Eventuali estensioni della durata del Mutuo NON modificano la durata delle Coperture assicurative n  l'importo del Debito Residuo assicurato alla data di accadimento del Sinistro.
- 3.6 Qualora la Societ  e/o la Contraente ricevano, successivamente alla data di inizio della Copertura assicurativa, ulteriori informazioni relative allo stato di salute dell'Assicurato, tali per le quali a dette condizioni non avrebbero accettato di stipulare il Contratto di Assicurazione, la Copertura cessa di avere effetto senza dar luogo a liquidazione di eventuali sinistri, e con la restituzione del pro-rata di Premio netto di imposte.

Art. 4 - Beneficiario

- 4.1 Beneficiario delle Prestazioni derivanti dal Contratto di Assicurazione   il soggetto indicato nelle Condizioni Particolari di Assicurazione.

Art. 5 - Modalit  assuntive

- 5.1 In relazione al Capitale erogato ed all'et  dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Polizza di Assicurazione, sono previste differenti formalit  di adesione:

ATTENZIONE: Le seguenti tabelle assuntive vengono applicate in considerazione della tipologia di finanziamento sottostante il rapporto assicurativo (si raccomanda una corretta applicazione delle stesse nel rispetto della giusta valutazione del rischio in assunzione, conformemente alla disciplina prevista dal Codice Civile per le dichiarazioni inesatte o reticenti di cui agli artt. 1892, 1893, 1894).

- 1) Modalit  assuntive per Mutui non residenziali (nuove emissioni o surroghe), Mutui derivanti da rinegoziazioni interne o consolidamento debiti:

Capitale Iniziale Assicurato	Et� all'adesione Fino a 40 anni	Et� all'adesione Da 41 a 53 anni	Et� all'adesione Da 54 a 64 anni
Fino a Euro 100.000	DBS	DBS	DBS
Euro 100.000,01 - Euro 200.000,00	DBS	DBS	QMA
Euro 200.000,01 - Euro 300.000,00	DBS	QMA	Visita
Euro 300.000,01 - Euro 400.000,00	Visita	Visita	Visita

- 2) Modalit  assuntive per Mutui in Stock

Capitale Iniziale Assicurato	Età all'adesione Fino a 40 anni	Età all'adesione Da 41 a 53 anni	Età all'adesione Da 54 a 64 anni
Fino a Euro 100.000	DBS	DBS	QMA
Euro 100.000,01 - Euro 200.000,00	QMA	QMA	Visita
Euro 200.000,01 - Euro 300.000,00	QMA	Visita	Visita
Euro 300.000,01 - Euro 400.000,00	Visita	Visita	Visita

DBS: dichiarazione di Buono Stato di Salute.

QMA: Questionario Medico autocertificato.

Visita: Visita Medica + Esami:

Vm: rapporto di Visita Medica, contenente anche dichiarazioni autocertificate dell'Assicurato.

Ur: esame delle urine in laboratorio.

Sa: esami del sangue che devono comprendere: transaminasi GOT, transaminasi GPT, Gamma GT, colesterolo totale, HDL e LDL, glicemia, creatinina, emocromo completo, VES, emoglobina Hb, trigliceridi, acido urico, sierologia epatite B e C, test HIV.

Ecg: ecg a riposo e sotto sforzo, per età superiori ai 40 anni.

Psa: test psa (per maschi).

5.2 Qualora il Mutuo sia cointestato, l'importo richiesto da considerare per ciascun Assicurato potrà essere pari al 50% dell'importo del Mutuo stesso.

5.3 Non essendo prevista la gestione di sovrappremi, la Società darà parere positivo o negativo in merito all'assunzione del Rischio.

Art. 6 - Pagamento del Premio

6.1 Il Premio da corrispondere è a carico dell'Assicurato, è calcolato per ciascun assicurato in percentuale sull'importo del Capitale assicurato al netto del Premio assicurativo, ed è differenziato in base alla fascia di età di appartenenza dell'Assicurato al momento dell'ingresso.

Per ciascun assicurato il Premio viene corrisposto in via anticipata in un'unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione ed è determinato applicando la seguente formula:

$$P = T \times IR$$

Dove:

P = Premio unico anticipato finito, inclusivo di imposte

T = tasso percentuale differenziato in base alle fasce di età di appartenenza dell'Assicurato

IR = importo richiesto del Mutuo (l'importo erogato è pari alla somma dell'importo richiesto e non comprende il Premio di Polizza)

Non è previsto alcuno sconto di Premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

6.2 Il Premio è versato tramite bonifico bancario. La Società conferisce alla Contraente il mandato per l'incasso del Premio il quale è da intendersi quindi come effettuato direttamente a favore della Società.

6.3 Il Premio, qualora finanziato, è incluso nell'importo del Mutuo e sarà corrisposto dalla Contraente alla Società in unica soluzione successivamente all'erogazione del Mutuo.

Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

7.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono contattare il numero verde 800088757 per richiedere il "Modulo di Denuncia Sinistro" (servizio operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00). Tale Modulo deve essere inviato alla Società, entro e non oltre 30 (trenta) giorni, compilato in tutte le sue parti per mezzo di Lettera Raccomandata A/R all'Ufficio Gestione Sinistri di:

- Assurant Life Ltd. Rappresentanza generale per l'Italia per le coperture Vita;

- Assurant General Insurance Ltd. Rappresentanza generale per l'Italia per le coperture Danni, entrambe in P.le Cadorna, 4 - 20123 MILANO

ovvero inviando una mail all'indirizzo infobcc@assurant.com, o un fax al numero 0239304113.

- 7.2 Unitamente al Modulo di Denuncia Sinistro di cui al comma precedente, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare alla Società la documentazione indicata nel Modulo stesso e nelle Condizioni Particolari di Polizza.
- 7.3 Successivamente al pagamento di un Indennizzo, qualora il Sinistro si protragga per uno o più periodi di 30 (trenta) giorni consecutivi ciascuno, onde dimostrare il diritto alle liquidazioni successive l'Assicurato dovrà inviare alla Società il "Modulo di Continuazione del Sinistro" con le stesse modalità indicate al precedente punto 7.1" entro e non oltre 15 (quindici) giorni dal termine di ogni periodo consecutivo di 30 (trenta) giorni di continuazione del Sinistro stesso.
Unitamente a tale Modulo dovranno anche essere allegati almeno i seguenti documenti:
- a) nel caso di Perdita d'Impiego Involontaria il documento comprovante il perdurare dell'iscrizione nelle liste di Disoccupazione o di Mobilità;
 - b) nel caso di Inabilità Temporanea Totale il certificato dell'Ente preposto o della struttura Ospedaliera che dichiara la persistenza della condizione di Inabilità e gli eventuali certificati di ricovero e cartelle cliniche successivi alla prima denuncia di Sinistro;
 - c) nel caso di Ricovero Ospedaliero, qualsiasi certificato che dimostri la continuazione del ricovero in struttura sanitaria o eventuale nuovo ricovero derivante dallo stesso Sinistro, unitamente alla relativa cartella clinica.
- 7.4 La Società potrà in ogni momento richiedere all'Assicurato di fornire la documentazione necessaria ai fini della gestione del Sinistro e della verifica del perdurare delle condizioni che danno diritto alle prestazioni derivanti dalla presente Polizza.
- 7.5 Ai fini di una corretta e completa valutazione dell'esistenza delle condizioni che originano il diritto all'Indennizzo, l'Assicurato dovrà autorizzare i propri Medici curanti a fornire tutte le informazioni che la Società riterrà necessarie, nonché consentire alla Società stessa tutte le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società. In caso contrario la Società non sarà tenuta alla corresponsione dell'Indennizzo.

Art. 8 - Esclusioni

- 8.1 L'Assicurazione non opera, e nessun Indennizzo è dovuto, ove il Sinistro si sia verificato durante il Periodo di Carenza.
- 8.2 Inoltre nessun Indennizzo è dovuto qualora il Sinistro sia conseguenza di:
- 1) dolo dell'Assicurato, della Contraente o del Beneficiario;
 - 2) malattie, invalidità, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato preesistenti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
 - 3) malattie tropicali o epidemiche;
 - 4) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, tumulti popolari, fatti di guerra anche non dichiarata, atti di terrorismo e insurrezioni;
 - 5) contaminazione biologica e/o chimica connessa direttamente o indirettamente ad atti terroristici;
 - 6) infezione da virus HIV, AIDS o sindromi correlate o stati assimilabili;
 - 7) etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci, fatto salvo l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico, e sempre che tale utilizzo non sia ricollegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
 - 8) incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo, con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio, oppure se l'evento è conseguenza di acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica di paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
 - 9) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, paranoia, malattie mentali e disturbi psichici in genere;
 - 10) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
 - 11) rischi atomici, raggi X, radioattività, uso o produzione di esplosivo in generale;

- 12) partecipazione a competizioni o prove di veicoli o natanti a motore, o guida degli stessi senza la prescritta abilitazione come da disposizioni vigenti;
- 13) pratica di sport pericolosi (es.: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arrampicata libera, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, hockey, immersioni subacquee in apnea o con autorespiratore, paracadutismo, sport aerei in genere, arti marziali, competizioni ippiche, calcistiche e ciclistiche);
- 14) esercizio delle seguenti attività lavorative: trapezista, stuntman, collaudo di autoveicoli e motocicli, lavoro nei reparti di malattie infettive;
- 15) svolgimento della normale attività lavorativa da parte dell'Assicurato fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile e autorizzata trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- 16) gravidanza e parto, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da detti eventi;
- 17) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale, o di Ricovero Ospedaliero;
- 18) militari o guardia con uso di armi.
- 19) mancanza dei requisiti di assicurabilità previsti dalla presente Polizza.

Art. 9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

- 9.1 Le dichiarazioni dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio devono essere esatte, complete e veritiere.
- 9.2 Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato o della Contraente, 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.
- 9.3 Ai sensi dell'art. 1892 c.c., le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente con dolo o colpa grave, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, comportano l'annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
- 9.4 Ai sensi dell'art. 1893 c.c., se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 10 - Colpa grave, Tumulti

- 10.1 In deroga all'art. 1900 del Codice Civile, l'Assicurazione si estende ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato fatte salve le Esclusioni di cui alle Condizioni Generali e Particolari di Polizza.
- 10.2 In deroga all'art. 1912 del Codice Civile, l'Assicurazione si estende ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 11 - Oneri fiscali

- 11.1 Le imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, discendenti dal Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.
- 11.2 E' riportato di seguito il trattamento fiscale riservato alla Polizza. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza.

- 11.3 I Premi relativi alle Coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente non sono soggetti ad Imposta. I Premi relativi alle Coperture Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego Involontaria e Ricovero Ospedaliero sono soggetti all'imposta del 2,50 (due e cinquanta)%.
- 11.4 Le somme corrisposte in caso di Decesso o di Invalidità Totale Permanente, ovvero di Inabilità Temporanea Totale, anche se erogata sotto forma di rendita, sono esenti da IRPEF. Le somme corrisposte, invece, in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.
- 11.5 Il Premio relativo alla presente Polizza dà diritto, come da disposizioni in vigore alla data di redazione delle presenti Condizioni di Polizza, ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche, dichiarato dall'Assicurato. Trattandosi di Polizza a Premio Unico, la detrazione potrà essere effettuata, nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa, esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del Premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi.
- 11.6 La detrazione spetta per un importo pari al 19(diciannove)% del Premio corrisposto per le coperture Vita, con un tetto massimo pari a € 245,32 (corrispondente ad un'aliquota fiscale del 19(diciannove)% applicata all'importo massimo di € 1.291,14). La Società invia all'Assicurato la documentazione che attesta l'importo del Premio versato e della sua quota detraibile.

Art. 12 - Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a favore di terzi, i diritti derivanti dall'Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Art. 13 - Legge applicabile - Rinvio alle norme di Legge

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana, che vale anche a disciplinare tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Art. 14 - Prescrizione

I diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dalla data in cui possono essere fatti valere, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Art. 15 - Comunicazioni e Reclami

- 15.1 Eventuali reclami riguardanti la Polizza o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, presso il Servizio di Gestione Reclami: Assurant General Insurance Ltd (relativamente alle coperture Danni) e a Assurant Life Ltd (relativamente alle coperture Vita), P.le Cadorna, 4 - 20123 Milano - tel. 0230462700 - fax 0239304112, e-mail reclami@assurant.com specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati.
- 15.2 Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.
- Il reclamante avente domicilio in Italia può presentare all'ISVAP un reclamo per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, o in alternativa può rivolgersi direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo il sito Internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>.
- In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

Art. 16 - Recesso dell'Assicurato

- 16.1 L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, dandone comunicazione alla Società ed in copia alla Contraente tramite invio di una Lettera Raccomandata A/R.
- 16.2 In tal caso la Società rimborserà direttamente all'Assicurato, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione, l'importo del Premio ricevuto, al netto di ogni imposta applicabile.

16.3 L'esercizio del diritto di recesso libera l'Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Art. 17 - Restituzione del Premio

17.1 Nel caso di:

- estinzione anticipata del Mutuo rispetto la data di scadenza;
- trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
- recesso dell'Assicurato, come previsto dall'art. 1899 C.C.

l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione o di surroga o di recesso e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

Il calcolo dell'importo da rimborsare per ciascun Assicurato sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = P_{pu} \times \frac{(N - K) \times (N - K + 1)}{N \times (N + 1)} + (P_{in} + S_{am}) \times \frac{(N - K)}{N}$$

dove:

R	Importo da rimborsare
P	Premio unico anticipato finito, inclusivo di imposte
PV	Premio garanzie Vita
PD	Premio garanzie Danni
Pim	Premio unico anticipato imponibile = PV + (PD / 1,025)
Ppu	Premio unico anticipato puro = Pim - Pin - Sam
Pin	Provvigioni di intermediazione
Sam	Spese amministrative
N	Durata della Polizza espressa in mesi interi
K	Durata del periodo di garanzia goduto, espressa in mesi interi

Esempio:

Premio originale € 1.000,00 di cui € 468,10 premio puro, € 386,40 commissioni di intermediazione e € 145,50 spese amministrative

Durata iniziale della copertura 120 mesi

Richiesta rimborso dopo 48 mesi

$$R = 468,10 \times \frac{(120 - 48) \times (120 - 48 + 1)}{120 \times (120 + 1)} + (386,40 + 145,50) \times \frac{(120 - 48)}{120}$$

17.2 L'Assicurato potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione, richiedere espressamente alla Società di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria della stessa; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite la Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata oppure di trasferimento del Mutuo o di recesso.

Art. 18 - Arbitrato e Foro competente

Per qualsiasi controversia tra la Contraente e la Società derivante da o relativa alla presente Assicurazione, ivi comprese quelle relative alla sua interpretazione, esecuzione, validità e risoluzione, le Parti hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria del Foro di residenza dell'Assicurato.

Art. 19 - Controversie di natura medica

19.1 Per le coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o

sulle conseguenze o sulla durata del Sinistro, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre Medici.

- 19.2 L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando l'oggetto della controversia.
- 19.3 I medici del Collegio sono nominati uno per parte, ed il terzo viene scelto tra i consulenti Medici Legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso.
- 19.4 Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo Medico.
- 19.5 Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei Medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 20 - Altre Assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre Assicurazioni riguardanti gli stessi rischi garantiti dalla presente Assicurazione, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di Sinistro ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 21 - Modalità di liquidazione dei Sinistri

- 21.1 L'Assicuratore liquida l'Indennizzo al Beneficiario in base alle condizioni di Polizza.
- 21.2 L'accredito al Beneficiario da parte dell'Assicuratore costituisce prova liberatoria di avvenuto pagamento dell'Indennizzo.

Art. 22 - Limiti territoriali

- 22.1 Ai fini della presente Polizza le coperture per Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero si estendono ai Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.
- 22.2 Le coperture per Perdita d'Impiego Involontaria si estendono ai Sinistri verificatisi senza limiti territoriali purché nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana e tenuto conto delle specifiche Esclusioni di cui alle Condizioni Particolari di Polizza.

Art. 22 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Assicuratore rinuncia al diritto di surroga previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso la Contraente.

Art. 24 - Forma delle comunicazioni

- 23.1 Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Società o alla Contraente, con riferimento alla presente Polizza e alle Coperture, dovranno essere effettuate per mezzo di lettera raccomandata A/R, telegramma o telefax.
- 23.2 L'Assicurato elegge domicilio all'indirizzo indicato nella Polizza ove dichiara di voler ricevere ogni comunicazione inerente alla presente Polizza.
- 23.3 In caso di Mutuo erogato da un soggetto terzo attraverso la Contraente, l'Assicurato comunicherà alla Società ogni variazione relativa al rapporto finanziario (es. estinzione anticipata del Finanziamento, importo della rata originaria, attraverso l'invio di copia della documentazione originale del soggetto terzo) e ogni variazione relativa all'Assicurato in merito al rapporto assicurativo (es. cambio del domicilio eletto).

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

A) COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO

I. Rischio Assicurato

Il rischio assicurato è il Decesso dell'Assicurato derivante da Infortunio o Malattia senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza. La Copertura è attiva per tutti gli Assicurati.

II. Prestazione Assicurativa

La Prestazione al momento del Decesso dell'Assicurato consiste nella corresponsione al Beneficiario di un ammontare calcolato, sulla base del Capitale assicurato iniziale e della durata inizialmente prevista del Mutuo, secondo un piano di ammortamento alla francese, con un tasso costante del 6,50(seivirgolacinquanta)%.

La Copertura cessa di esistere al verificarsi di una delle seguenti condizioni:

- a) Decesso dell'Assicurato;
- b) Raggiungimento del 75esimo anno di età;
- c) Liquidazione del Sinistro per Invalidità Totale Permanente.

III. Carenza

La Copertura è soggetta ad un periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni per il caso di Decesso non conseguente a Infortunio. Per i soli Mutui in Stock la Copertura Decesso è soggetta ad una carenza di 180 giorni per il caso di Decesso non conseguente a Infortunio. Qualora l'Assicurato si sottoponga a Visita Medica, e l'esito degli esami risulta essere negativo, non verrà applicata la carenza

IV. Esclusioni

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Polizza, sono esclusi dall'oggetto della presente Copertura i casi di Decesso causato da suicidio (se avvenuto nei 24 mesi successivi alla data di adesione) anche in conseguenza ad atti di autolesionismo.

V. Delimitazioni e Massimali

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di € 400.000,- (quattrocentomila) per Assicurato, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento che sono pendenti tra l'Assicurato e la Contraente al momento del Sinistro. Qualora il Mutuo sia cointestato, il massimale previsto per ogni singolo Assicurato è di € 300.000,- (trecentomila).

VI. Beneficiari

Si conviene che i Beneficiari dell'Indennizzo per il caso di Decesso sono gli eredi e/o gli aventi causa, o altro soggetto da designare.

VII. Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

Ai fini della denuncia del Sinistro l'Assicurato, gli eredi e/o gli aventi causa devono allegare al Modulo di Denuncia Sinistro, di cui all'art. 7 delle Condizioni Generali di Polizza, almeno la seguente documentazione:

- certificato di morte oppure, se disponibile, il certificato di morte ISTAT;
- questionario medico atto a verificare la causa del Decesso;
- copia della cartella clinica, qualora il Decesso sia avvenuto a seguito di ricovero;
- copia del verbale reso dalle Autorità intervenute qualora il Decesso sia avvenuto in seguito di incidente stradale;
- copia del referto autoptico qualora sia stata eseguita autopsia;
- copia dello stato di famiglia, e del documento di identità del denunciante.

B) COPERTURA PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

I. Rischio Assicurato

Il rischio assicurato è l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato superiore al 66,66% (due terzi) come da Tabella INAIL (1124/65), derivante da Infortunio o da Malattia, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza. La Copertura è attiva per tutti gli Assicurati.

II. Prestazione Assicurativa

La Prestazione al momento del Sinistro dell'Assicurato consiste nella corresponsione al Beneficiario di un ammontare calcolato, sulla base del Capitale assicurato iniziale e della durata inizialmente prevista del Mutuo, secondo un piano di ammortamento alla francese, con un tasso costante del 6,50(seivirgolacinquanta)%.

La Copertura cessa di esistere al verificarsi di una delle seguenti condizioni:

- a) Liquidazione del capitale in caso di Invalidità Totale Permanente;
- b) Raggiungimento del 75esimo anno di età;
- c) Liquidazione del Sinistro per Decesso.

III. Carenza

La Copertura è soggetta ad un periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni per il caso di Invalidità non conseguente a Infortunio.

Qualora l'Assicurato si sottoponga a Visita Medica, e l'esito degli esami risulta essere negativo, non verrà applicata la carenza.

IV. Esclusioni

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Polizza, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

V. Delimitazioni e Massimali

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di € 400.000,- (quattrocentomila) per Assicurato, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento che sono pendenti tra l'Assicurato e la Contraente al momento del Sinistro. Qualora il Mutuo sia cointestato, il massimale previsto per ogni singolo Assicurato è di € 300.000,- (trecentomila).

VI. Beneficiari

Si conviene che il Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente è l'Assicurato o altro soggetto da designare.

VII. Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

Ai fini della denuncia del Sinistro l'Assicurato deve allegare al Modulo di Denuncia Sinistro, di cui all'art. 7 delle Condizioni Generali di Polizza, almeno la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- notifica della condizione di Invalidità emessa da parte degli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc) e relativo grado;
- dettagli relativi all'evento che l'ha generata;
- questionario medico atto a verificare la causa del Sinistro.

C) COPERTURA PER IL CASO DI INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

I. Rischio Assicurato

Il rischio assicurato è l'Inabilità Temporanea Totale a svolgere la propria attività lavorativa derivante da Infortunio o Malattia senza limiti territoriali, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza. La Copertura è attiva per i Dipendenti del Settore Pubblico, Lavoratori Autonomi e Lavoratori Atipici.

II. Prestazione Assicurativa

La Prestazione consiste nel corrispondere al Beneficiario un Indennizzo mensile per il restante periodo di Inabilità, calcolato sulla base del Capitale assicurato iniziale, e della durata inizialmente prevista del Mutuo, secondo un piano di ammortamento alla francese con un tasso costante del 6,50(seivirgolacinquanta)%, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza.

La prestazione è limitata ad un massimo di 12 (dodici) Indennizzi mensili per ciascun Sinistro. In caso di più sinistri l'Assicuratore non corrisponderà comunque più di 36 (trentasei) Indennizzi mensili per il periodo di durata della Copertura.

Al raggiungimento del 65esimo anno di età (età massima assumibile) la Compagnia provvederà a disdettare il contratto alla scadenza dell'annualità in cui l'assicurato ha raggiunto l'età massima assicurabile.

III. Limitazione della prestazione assicurativa per i Lavoratori Atipici

In deroga a quanto sopra, per i Lavoratori Atipici, il numero di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare non potrà in nessun caso essere maggiore della durata residua del contratto di lavoro alla data del Sinistro.

IV. Carenza e Franchigia

La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 30 (trenta) giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (periodo di Franchigia Assoluta).

Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (periodo di Franchigia Relativa).

AVVERTENZA - Periodo di carenza contrattuale: per i Sinistri conseguenti ad Infortunio e Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora il Sinistro avvenga, oppure insorga entro 60 (sessanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

V. Esclusioni

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

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Polizza, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

VI. Delimitazioni e Massimali

Per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che sono pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale mensile di € 1.500,-(millecinquecento). Qualora il Mutuo sia cointestato, il massimale di cui sopra è da intendersi come massimale per ogni singolo mutuatario.

VII. Beneficiari

Si conviene che il Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale è l'Assicurato o altro soggetto da designare.

Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

Ai fini della denuncia del Sinistro l'Assicurato deve allegare al Modulo di Denuncia Sinistro, di cui all'art. 7 delle Condizioni Generali di Polizza, almeno la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo, Lavoratore Atipico o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico al momento del Sinistro (es. dichiarazione IRPEF, copia del contratto di collaborazione senza vincolo di subordinazione, copia del certificato di attribuzione del numero di Partita IVA);
- questionario medico atto a verificare lo stato di Inabilità;
- eventuale certificato di ricovero e relativa cartella clinica;
- copia del certificato INAIL;
- certificato medico di pronto soccorso;
- successivi certificati INAIL emessi alla scadenza.

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

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

VIII. Denunce successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo sarà corrisposto per successivi Sinistri di Inabilità Temporanea Totale causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente non sia trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 (trenta) giorni, oppure di 180 (centottanta) giorni qualora il nuovo Sinistro sia dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

IX. Controversie

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Temporanea Totale, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre Medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I Medici del Collegio sono nominati uno per parte, ed il terzo è scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo Medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei Medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

D) ASSICURAZIONE PER IL CASO DI PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

I. Rischio Assicurato

Il rischio assicurato è la Perdita d'Impiego Involontaria, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza. La Copertura è attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato.

II. Prestazione Assicurativa

La Prestazione consiste nel corrispondere al Beneficiario un Indennizzo mensile per il restante periodo di disoccupazione calcolato, sulla base del Capitale assicurato iniziale, e della durata inizialmente prevista del Mutuo, secondo un piano di ammortamento alla francese, con un tasso costante del 6,50 (seivirgolacinquanta)%, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza.

La prestazione è limitata ad un massimo di 6 (sei) Indennizzi mensili per ciascun Sinistro. In caso di più sinistri l'Assicuratore non corrisponderà comunque più di 18 (diciotto) Indennizzi mensili per il periodo di durata della Copertura.

La Copertura cessa di esistere al raggiungimento del 65esimo anno di età.

III. Carenza e Franchigia

I Sinistri accertati sono indennizzabili se verificatisi non prima di 180 (centoottanta) giorni (periodo di Carenza) dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione.

La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 30 (trenta) giorni consecutivi di Disoccupazione (periodo di Franchigia Assoluta).

Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di comprovata Inattività Lavorativa (periodo di Franchigia Relativa).

IV. Esclusioni

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Perdita d'Impiego qualora:

1. vi sia dolo della Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
2. l'Assicurato non abbia prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 6 (sei) mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro;
3. al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurato sia a conoscenza della prossima Disoccupazione o messa in Mobilità, o comunque gli siano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
4. la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, motivi disciplinari o professionali;
5. vi sia contiguità tra l'evento di Perdita d'Impiego ed il pensionamento o prepensionamento;
6. l'Assicurato abbia risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
7. la Disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura del rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato ha carattere stagionale e/o temporaneo e/o se la relativa perdita sia la conseguenza della scadenza di un termine, quali ad esempio contratto di formazione e lavoro, apprendistato, inserimento, somministrazione lavoro, lavoro intermittente, lavoro a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale, o delle interruzioni di un rapporto di lavoro a progetto (ex Co.co.co);
8. al momento del Sinistro l'Assicurato stia svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
9. al momento del Sinistro l'Assicurato abbia un contratto non regolato dalla legge italiana;
10. l'Assicurato non sia iscritto negli Elenchi Anagrafici con lo status di Disoccupato, salvo che ciò sia in contrasto con il caso di messa in Mobilità;
11. l'Assicurato percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia;
12. la Disoccupazione sia conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono Esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Temporanea Totale.
13. l'Assicurato al momento dell'evento sia in periodo di prova;

14. L'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'art. 1 delle Condizioni Generali di Polizza.
15. la risoluzione del rapporto di lavoro sia avvenuta in seguito a processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
16. il licenziamento avvenga tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.

V. Delimitazioni e Massimali

Per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che sono pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale mensile di € 1.500,- (millecinquecento). Qualora il Mutuo sia cointestato, il massimale di cui sopra è da intendersi come massimale per ogni singolo mutuatario.

VI. Beneficiari

Si conviene che il Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Perdita d'Impiego Involontaria è l'Assicurato o altro soggetto da designare.

VII. Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

Ai fini della denuncia del Sinistro l'Assicurato deve allegare al Modulo di Denuncia Sinistro, di cui all'art. 7 delle Condizioni Generali di Polizza, almeno la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia del contratto di lavoro cessato ed alla cui cessazione abbia fatto seguito lo stato di Disoccupazione;
- copia della lettera di Licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli Elenchi Anagrafici con lo status di Disoccupato in Italia o l'inserimento nelle Liste di Mobilità, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del ricevimento delle Indennità di Disoccupazione o di Mobilità;
- autocertificazione attestante la non percezione di reddito dovuto a trattamento pensionistico successivamente alla Perdita d'Impiego Involontaria.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il proprio datore di lavoro a fornire alla Società le informazioni relative all'ultimo impiego, che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa. Qualora l'Assicurato non adempia tale obbligo non maturerà alcun diritto all'Indennizzo.

VIII. Denunce successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione, nessun Indennizzo sarà corrisposto per successivi Sinistri per Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 180 (centottanta) giorni consecutivi nel quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 18 (diciotto) indennizzi mensili.

E) ASSICURAZIONE PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

I. Rischio Assicurato

Il rischio assicurato è il Ricovero in strutture ospedaliere a seguito di Infortunio o Malattia senza limiti territoriali, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza.

La Copertura è attiva per i Pensionati e i Non Lavoratori.

II. Prestazione Assicurativa

La Prestazione consiste nel corrispondere al Beneficiario un Indennizzo mensile per il periodo di ospedalizzazione calcolato, sulla base del Capitale assicurato iniziale, e della durata inizialmente prevista del Mutuo, secondo un piano di ammortamento alla francese, con un tasso costante del 6,50 (sevirgolacinquanta)%, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza.

La prestazione è limitata ad un massimo di 6 (sei) Indennizzi mensili per ciascun Sinistro. In caso di più sinistri l'Assicuratore non corrisponderà comunque più di 18 (diciotto) Indennizzi mensili per il periodo di durata della Copertura.

L'Indennizzo è corrisposto qualora, trascorso il periodo di Franchigia Assoluta di cui all'articolo successivo, l'Assicurato risulti essere ricoverato alla data di scadenza della Rata mensile di rimborso del Mutuo.

Al raggiungimento del 65esimo anno di età (età massima assumibile) la Compagnia provvederà a disdettare il contratto alla scadenza dell'annualità in cui l'assicurato ha raggiunto l'età massima assicurabile.

III. Carenza e Franchigia

La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 7 (sette) giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero (periodo di Franchigia Assoluta) in base ai giorni di effettivo ricovero.

Gli eventuali Indennizzi successivi saranno liquidati con cadenza pari a 30 (trenta) giorni, se l'Assicurato risulti essere ancora in stato di ricovero alle successive date di scadenza della Rata mensile.

AVVERTENZA - Periodo di carenza contrattuale: per i Sinistri conseguenti ad Infortunio e Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora il Sinistro avvenga, oppure insorga entro 30 (trenta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

IV. Esclusioni

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Polizza, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Ricovero Ospedaliero causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

V. Delimitazioni e Massimali

Per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di Finanziamento che sono pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro, l'Indennizzo non può eccedere il massimale mensile di € 1.500,- (millecinquecento). Qualora il Mutuo sia cointestato, il massimale di cui sopra è da intendersi come massimale per ogni singolo mutuatario.

VI. Beneficiari

Si conviene che il Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Ricovero Ospedaliero è l'Assicurato o altro soggetto da designare.

VII. Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

Ai fini della denuncia del Sinistro l'Assicurato deve allegare al Modulo di Denuncia Sinistro, di cui all'art. 7 delle Condizioni Generali di Polizza, almeno la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia della documentazione che attesti il passaggio alla condizione di Non Lavoratore o Pensionato avvenuto anteriormente al Sinistro;

- certificato di ricovero in struttura sanitaria e copia della relativa cartella clinica;
- in caso di Ricovero Ospedaliero prolungato l'Assicurato è tenuto ad inviare con cadenza mensile certificati medici comprovanti il protrarsi della condizione di Ricovero. Il mancato invio dei certificati di cui sopra costituisce cessazione del pagamento dell'Indennizzo;
- questionario medico attestante le cause del ricovero.

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

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa. Qualora l'Assicurato non adempia tale obbligo non maturerà alcun diritto all'Indennizzo.

VIII. Denunce successive

Saranno corrisposti Indennizzi per eventuali successivi Sinistri di altra natura se, dal termine del Sinistro precedente è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 (trenta) giorni, oppure di 180 (centottanta) giorni qualora il nuovo Sinistro sia conseguenza dello stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

IX. Controversie

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze del Sinistro oppure sulla durata dell'Indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre Medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I Medici del Collegio sono nominati uno per parte, ed il terzo viene scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo Medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei Medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Allegato 1

Nota Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ed ai sensi dell'art 13 D.Lgs. 196/2003 (e successive modifiche), la nostra Società intende informarLa sull'utilizzo dei dati personali anche sensibili¹ da Lei forniti e sui diritti.

1. Trattamento dei dati personali per finalità assicurative:

Al fine di fornirLe i servizi ed i prodotti assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, la nostra Società necessita di disporre dei dati personali che La riguardano - raccolti presso di Lei o presso altri soggetti² e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge³, trattandoli secondo le finalità assicurative⁴ e nelle attività e modalità operative dell'assicurazione. Il suddetto trattamento è ammesso nei limiti strettamente necessari alla fornitura e gestione dei servizi e/o prodotti assicurativi richiesti, conformemente alle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Nel relativo trattamento i Suoi dati potranno altresì essere accessibili anche ad altre società del gruppo di appartenenza e/o a soggetti terzi, ubicati in Italia o all'estero (anche in Paesi non appartenenti all'Unione Europea) che svolgono per conto della Società compiti di natura tecnica (ad esempio la consegna/installazione/manutenzione di impianti e/o sistemi informatici) ed organizzativa, nonché soggetti che svolgono attività promozionali e/o attività di assistenza alla clientela (es. call center ecc.), adempimenti di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Società, attività di archiviazione e data entry, Tali soggetti tratteranno i Suoi dati come distinti titolari del trattamento, ove non nominati Responsabili o Incaricati dalla Società.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente alla gestione del rischio assicurato, i dati personali, secondo i casi, possono o debbono essere oggetto di comunicazioni ad altre società del gruppo di appartenenza o ad altri soggetti del settore assicurativo che trattino come autonomi titolari nell'ambito della c.d. "catena assicurativa"⁵ informazioni a Lei riferite. La presente informativa riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e comunicazioni svolti (con particolare riferimento ai coassicuratori e ai riassicuratori) all'interno della "catena assicurativa" per la gestione del Suo rischio assicurato.

Oltre che per le finalità sopra descritte i Suoi dati personali potranno essere altresì trattati per adempiere gli obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie, nonché da disposizioni delle Autorità di vigilanza del settore. In tal caso i Suoi dati potrebbero essere comunicati ad autorità pubbliche e organi di vigilanza e controllo.

Si precisa che senza la fornitura dei dati, La nostra Società non è in grado di fornirLe in tutto o in parte i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti.

2. Trattamento dei dati sensibili per finalità assicurative:

Il trattamento sopradescritto potrà riguardare anche eventuali Suoi dati sensibili, e riguarda pertanto:

- il trattamento dei dati sensibili conferiti alla Società;
- la comunicazione dei dati sensibili a terzi, nei limiti descritti al precedente punto 1; e
- il trasferimento dei dati sensibili all'estero, anche in Paesi non appartenenti all'Unione Europea.

Si precisa che senza tale consenso, la nostra Società non è in grado di fornirLe in tutto o in parte i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti. Il consenso richiesto riguarda, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della cosiddetta "catena assicurativa".

3. Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali:

La informiamo che, in conformità al Decreto di cui all'oggetto, Lei può decidere liberamente di fornire o meno il consenso alla Società per l'utilizzazione dei dati finalizzata ad attività quali: informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione del cliente, indagini statistiche.

¹ Ai sensi dell'art 4 del d. lgs. 196/2003 si considerano "sensibili" *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*.

² Ad esempio altri soggetti inerenti al rapporto assicurativo (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulta assicurato, beneficiario; coobbligati); altri operatori assicurativi (agenti, broker, imprese di assicurazione); soggetti che forniscono informazioni commerciali per soddisfare le Sue richieste (copertura assicurativa, liquidazione sinistro); organismi associativi e consortili del settore assicurativo (es. ANIA, ISVAP, UIC, CONSOB etc).

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

⁴ Per finalità assicurative si intende: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta premi; liquidazione sinistri e pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative ad azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di obblighi specifici di legge o contrattuali; analisi del mercato assicurativo; gestione e controllo interno: attività statistiche.

⁵ Assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, associazioni/enti/società terze con le quali la società abbia concluso accordi o convenzioni, agenti, sub agenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, società del Gruppo, società fiduciarie per la gestione e liquidazione dei sinistri, legali, periti, società di servizi per la gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri e per le attività di call-center e back office; società di revisione e consulenza, di informazione commerciale per rischi finanziari, ANIA, organismi associativi e consortili, ISVAP e altri enti pubblici propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze di Polizia e altre Autorità Pubbliche.

Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere oggetto di comunicazioni ad altre società del gruppo di appartenenza e/o ad altri determinati soggetti⁶ che operano - in Italia o all'estero, anche in Paesi non appartenenti all'Unione Europea - come autonomi titolari: il consenso riguarda, pertanto, la trasmissione dei dati a tali soggetti, per le finalità suddette.

I consensi di cui alla presente sezione sono del tutto facoltativi e l'eventuale rifiuto non produce alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

4. Modalità di trattamento dei dati personali

Il trattamento sarà effettuato dal titolare, e dai responsabili di volta in volta nominati dal titolare stesso e/o dagli incaricati nominati dal titolare e/o dal responsabile. Il trattamento dei dati avverrà con procedure idonee a tutelarne la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distruzione degli stessi comprese la combinazione di due o più delle attività suddette. I Suoi dati saranno trattati manualmente, e su supporto cartaceo, e/o con strumenti informatici e telematici e conservati presso la nostra sede di Milano con predisposizione di idonee misure sicurezza conformemente a quanto disposto dal D.Lgs. 196/2003, al fine di ridurre i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati, di accesso non autorizzato, o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta. Le misure di sicurezza saranno adeguate nel tempo in conformità alla legge e alla evoluzione tecnica del settore. I dati, dopo essere stati trasformati in forma anonima, potranno essere elaborati a fini statistici.

Ai responsabili e agli incaricati designati dalla nostra Società per il trattamento saranno impartite adeguate istruzioni operative, con particolare riferimento all'adozione delle misure minime di sicurezza, al fine di poter garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati. I Suoi dati personali non saranno comunque diffusi.

5. Diritti dell'interessato

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, Le sono riconosciuti i seguenti diritti: ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, con l'indicazione dell'origine dei dati personali; conoscere le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, gli estremi identificativi del titolare e dei responsabili, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati. Lei ha inoltre il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi abbia interesse, l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non sia necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati, l'attestazione che le predette operazioni siano state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. Lei ha infine il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, e al trattamento di dati personali che La riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Per l'esercizio dei Suoi diritti, può rivolgersi ad Assurant Life Limited Rappresentanza Generale per l'Italia e Assurant General Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazzale Luigi Cadorna, 4 - 20123 Milano.

Gli elenchi aggiornati dei responsabili del trattamento dei dati personali nominati dal titolare, nonché degli altri soggetti che operano nell'ambito della "catena assicurativa" sono disponibili a richiesta dell'interessato, che dovrà essere inviata ai recapiti suindicati.

⁶ I dati possono essere comunicati a Società del Gruppo (controllanti controllate e collegate); società specializzate nell'informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi, e soddisfazione dei clienti, assicuratori, coassicuratori, agenti, sub-agenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione dei contratti di assicurazione, banche, società di gestione del risparmio, sim.

**Richiesta di adesione individuale alla Polizza Collettiva di Assicurazione Vita e Danni MD10ASS01
a copertura del Debito Residuo per Mutui non residenziali, Rinegoziazioni interne e Consolidamento Debiti**

MODULO DI ADESIONE

Dati relativi al Mutuo

Numero Mutuo: _____ Mutuo Co-intestato: SI NO
 Importo di Mutuo Erogato: EURO _____

Dati Assicurato Principale

Importo di Mutuo Erogato: EURO _____
 Importo di premio assicurativo: EURO _____ di cui commissioni di intermediazione: EURO _____
 Cognome: _____ Nome: _____
 Codice fiscale _____ Età (anni) _____
 Luogo di nascita _____ il _____ / _____ / _____
 Indirizzo: _____ C.A.P. _____ Città _____ Prov.: _____
 Indirizzo corrispondenza (se diverso dal precedente): _____

Sesso: _____ Doc. tipo: _____ Numero: _____
 Professione: Lav. Dipendente , Lav. Autonomo , Dip. Pubblico , Non Lavoratore , Pensionato , Atipico
 Telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____

Dati Co-intestatario

Importo di Mutuo Erogato: EURO _____
 Importo di premio assicurativo EURO _____ di cui commissioni di intermediazione: EURO _____
 Cognome: _____ Nome: _____
 Codice fiscale _____ Età (anni) _____
 Luogo di nascita _____ il _____ / _____ / _____
 Indirizzo: _____ C.A.P. _____ Città _____ Prov.: _____
 Indirizzo corrispondenza (se diverso dal precedente): _____

Sesso: _____ Doc. tipo: _____ Numero: _____
 Professione: Lav. Dipendente , Lav. Autonomo , Dip. Pubblico , Non Lavoratore , Pensionato , Atipico
 Telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____

Preso atto che la BCC/CRA _____ ha stipulato una polizza collettiva di assicurazione con le Rappresentanze Generali per l'Italia di Assurant General Insurance Limited e Assurant Life Limited, alla quale possono aderire i clienti persone fisiche che abbiano stipulato un Contratto di Mutuo con/attraverso la BCC/CRA _____, e che la suddetta Polizza di Assicurazione a Premio Unico include le presenti garanzie:

- A) Decesso; B) Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia; C) Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia; D) Perdita d'Impiego Involontaria; E) Ricovero Ospedaliero

Per poter essere ammesso alla copertura il Cliente dovrà espletare le formalità assuntive previste in funzione della somma assicurata e dell'età, secondo la seguente Tabella:

Capitale Iniziale Assicurato	Età all'adesione Fino a 40 anni	Età all'adesione Da 41 a 53 anni	Età all'adesione Da 54 a 64 anni
Fino Euro 100.000	DBS	DBS	DBS
Da Euro 100.000,01 a Euro 200.000	DBS	DBS	QMA
Da Euro 200.000,01 a Euro 300.000	DBS	QMA	Visita
Da Euro 300.000,01 a Euro 400.000	Visita	Visita	Visita

Per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente, qualora l'Assicurato si sottoponga a Visita medica, con esito negativo degli esami, la carenza di 90 giorni non verrà applicata.

DICHIARA

- a) di voler aderire alla Polizza di cui sopra tramite versamento mediante bonifico bancario di un Premio unico anticipato calcolato per ciascun assicurato in percentuale sul Capitale Assicurato al netto del Premio assicurativo, e differenziato in base alla fascia di età di appartenenza al momento dell'ingresso. Rispetto al costo sopra indicato, a carico del debitore/assicurato, il 35% del Premio netto tasse è corrisposto agli Intermediari.
- b) di aver ricevuto copia del Fascicolo Informativo (comprensivo di Nota Informativa, Glossario, Condizioni di assicurazione) e dell'Informativa sulla Tutela della Privacy ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, e di prestare espressamente il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili, incluso il trasferimento dei dati in paesi extraeuropei, per le finalità assicurative descritte nell'Informativa;
- c) di essere a conoscenza che, in caso di mancata concessione del Mutuo richiesto, le Coperture richieste non saranno attivate;
- d) di aver letto la Dichiarazione di Buono Stato di Salute e aver espletato le formalità assuntive previste in Tabella;
- e) **AVVERTENZA:** che le informazioni e le risposte fornite, ad ogni effetto di legge ed ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza, assumendosene la responsabilità anche qualora tali informazioni siano fornite da altri;
- f) **AVVERTENZA:** Nella compilazione del questionario sanitario il soggetto che rilascia le informazioni deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornirle per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con sostenimento del costo a suo carico;

Luogo _____ data _____ Firma dell'Assicurato Principale _____

Luogo _____ data _____ Firma del Co-Intestatario _____

g) dichiara inoltre di approvare espressamente, dopo averne preso attenta visione, le seguenti norme relative alle condizioni di assicurazione ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile nonché ai sensi della normativa in materia di diritto dei consumatori:

- Nelle Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 7, Art. 8, Art. 11, Art. 12, Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art.19, Art. 21 e Art. 24;
- Nelle Condizioni Particolari di Assicurazione: A. Decesso: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII; B. Invalidità Totale Permanente: Art. II, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII; C. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII, Art. VIII, Art. IX, Art. X; D. Perdita d'impiego involontaria: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII, Art. VIII, Art. IX.

Luogo _____ data _____ Firma dell'Assicurato Principale _____

Luogo _____ data _____ Firma del Co-Intestatario _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali Comuni per altre finalità

Presto (SI) o nego (NO) il consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 23 del D.lgs 30 giugno 2003 n. 196 per le seguenti finalità:

	Assicurato Principale	Co-Intestatario
1) Per ricerche di mercato e sondaggi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2) per la comunicazione di informazioni commerciali attraverso contatto telefonico, modalità automatizzate, SMS, MMS, fax, posta elettronica e connesse applicazioni Web	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3) per la comunicazione a terzi dei dati, finalizzata all'invio di informazioni commerciali, descritta al punto 3 dell'Informativa sulla Tutela della Privacy ricevuta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Luogo _____ data _____ Firma dell'Assicurato Principale _____

Luogo _____ data _____ Firma del Co-Intestatario _____

<p>Il sottoscritto autorizza la Bcc/Cra _____ ad addebitare sul conto corrente IBAN _____, il premio assicurativo pari ad Euro _____ e che detta trattenuta verrà effettuata in un'unica soluzione, per l'intera durata del finanziamento.</p> <p>Firma Assicurato Principale _____</p> <p>Firma Co-intestatario _____</p>
--

**Richiesta di adesione individuale alla Polizza Collettiva di Assicurazione Vita e Danni MS10ASS01
a copertura del Debito Residuo per Mutui in Stock**

MODULO DI ADESIONE

Dati relativi al Mutuo

Numero Mutuo: _____

Mutuo Co-intestato: SI NO

Importo di Mutuo residuo EURO _____

Dati Assicurato Principale

Importo di Mutuo residuo: EURO _____

Importo di premio assicurativo EURO _____ di cui commissioni di intermediazione: EURO _____

Cognome: _____ Nome: _____

Codice fiscale _____ Età (anni) _____

Luogo di nascita _____ il _____ / _____ / _____

Indirizzo: _____ C.A.P. _____ Città _____ Prov.: _____

Indirizzo corrispondenza (se diverso dal precedente):

Sesso: _____ Doc. tipo: _____ Numero: _____

Professione: Lav. Dipendente , Lav. Autonomo , Dip. Pubblico , Non Lavoratore , Pensionato , Atipico .

Telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____

Dati Co-intestatario

Importo di Mutuo residuo: EURO _____

Importo di premio assicurativo: EURO _____ di cui commissioni di intermediazione: EURO _____

Cognome: _____ Nome: _____

Codice fiscale _____ Età (anni) _____

Luogo di nascita _____ il _____ / _____ / _____

Indirizzo: _____ C.A.P. _____ Città _____ Prov.: _____

Indirizzo corrispondenza (se diverso dal precedente):

Sesso: _____ Doc. tipo: _____ Numero: _____

Professione: Lav. Dipendente , Lav. Autonomo , Dip. Pubblico , Non Lavoratore , Pensionato , Atipico .

Telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____

Preso atto che la BCC/CRA _____ ha stipulato una polizza collettiva di assicurazione con le Rappresentanze Generali per l'Italia di Assurant General Insurance Limited e Assurant Life Limited, alla quale possono aderire i clienti persone fisiche che abbiano stipulato un Contratto di Mutuo con/attraverso la BCC/CRA _____, e che la suddetta Polizza di Assicurazione a Premio Unico include le presenti garanzie:

- A) Decesso; B) Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia; C) Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia; D) Perdita d'Impiego Involontaria; E) Ricovero Ospedaliero

Per poter essere ammesso alla copertura il Cliente dovrà espletare le formalità assuntive previste in funzione della somma assicurata e dell'età, secondo la seguente Tabella:

Capitale Iniziale Assicurato	Età all'adesione	Età all'adesione	Età all'adesione
	Fino a 40 anni	Da 41 a 53 anni	Da 54 a 64 anni
Fino Euro 100.000	DBS	DBS	QMA
Da Euro 100.000,01 a Euro 200.000	QMA	QMA	Visita
Da Euro 200.000,01 a Euro 300.000	QMA	Visita	Visita
Da Euro 300.000,01 a Euro 400.000	Visita	Visita	Visita

Per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente, qualora l'Assicurato si sottoponga a Visita medica, con esito negativo degli esami, la carenza di 180 giorni per la garanzia Decesso e di 90 giorni per la garanzia Invalidità Totale Permanente non verrà applicata.

DICHIARA

- a) di voler aderire alla Polizza di cui sopra tramite versamento mediante bonifico bancario di un Premio unico anticipato calcolato per ciascun assicurato in percentuale sul Capitale Assicurato al netto del Premio assicurativo, e differenziato in base alla fascia di età di appartenenza al momento dell'ingresso. Rispetto al costo sopra indicato, a carico del debitore/assicurato, il 35% del Premio netto tasse è corrisposto agli Intermediari.
- b) di aver ricevuto copia del Fascicolo Informativo (comprensivo di Nota Informativa, Glossario, Condizioni di assicurazione) e dell'Informativa sulla Tutela della Privacy ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, e di prestare espressamente il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili, incluso il trasferimento dei dati in paesi extraeuropei, per le finalità assicurative descritte nell'Informativa;
- c) di essere a conoscenza che, in caso di mancata concessione del Mutuo richiesto, le Coperture richieste non saranno attivate;
- d) di aver letto la Dichiarazione di Buono Stato di Salute e aver espletato le formalità assuntive previste in Tabella;
- e) **AVVERTENZA:** che le informazioni e le risposte fornite, ad ogni effetto di legge ed ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza, assumendosene la responsabilità anche qualora tali informazioni siano fornite da altri;
- f) **AVVERTENZA:** Nella compilazione del questionario sanitario il soggetto che rilascia le informazioni deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornirle per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con sostenimento del costo a suo carico;

Luogo _____ data _____ Firma dell'Assicurato Principale _____

Luogo _____ data _____ Firma del Co-Intestatario _____

g) dichiara inoltre di approvare espressamente, dopo averne preso attenta visione, le seguenti norme relative alle condizioni di assicurazione ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile nonché ai sensi della normativa in materia di diritto dei consumatori:

- Nelle Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 7, Art. 8, Art. 11, Art. 12, Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art.19, Art. 21 e Art. 24;
- Nelle Condizioni Particolari di Assicurazione: A. Decesso: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII; B. Invalidità Totale Permanente: Art. II, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII; C. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII, Art. VIII, Art. IX, Art. X; D. Perdita d'impiego involontaria: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII, Art. VIII; E. Ricovero Ospedaliero: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII, Art. VIII, Art. IX.

Luogo _____ data _____ Firma dell'Assicurato Principale _____

Luogo _____ data _____ Firma del Co-Intestatario _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali Comuni per altre finalità

Presto (SI) o nego (NO) il consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 23 del D.lgs 30 giugno 2003 n. 196 per le seguenti finalità:

	Assicurato Principale	Co-Intestatario
4) Per ricerche di mercato e sondaggi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5) per la comunicazione di informazioni commerciali attraverso contatto telefonico, modalità automatizzate, SMS, MMS, fax, posta elettronica e connesse applicazioni Web	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6) per la comunicazione a terzi dei dati, finalizzata all'invio di informazioni commerciali, descritta al punto 3 dell'Informativa sulla Tutela della Privacy ricevuta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Luogo _____ data _____ Firma dell'Assicurato Principale _____

Luogo _____ data _____ Firma del Co-Intestatario _____

<p>Il sottoscritto autorizza la Bcc/Cra _____ ad addebitare sul conto corrente IBAN _____, il premio assicurativo pari ad Euro _____ e che detta trattenuta verrà effettuata in un'unica soluzione, per l'intera durata del finanziamento.</p> <p>Firma Assicurato Principale _____</p> <p>Firma Co-intestatario _____</p>
--

Spett.le Assurant General Insurance Ltd
Assurant Life Ltd
Ufficio Gestione dei Sinistri
P.zza Cadorna, 4
20123 Milano MI

FAC – SIMILE ESEMPLIFICATIVO

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Polizza n. _____ Finanziamento n. _____

ASSICURATO

Cognome e Nome _____ Sesso _____ Data di nascita ____/____/____

Indirizzo _____ Cap _____ Prov. _____

Email _____ Tel. _____ Cod.Fisc. _____

GARANZIE (barrare la copertura assicurativa per la quale si è richiesto l'indennizzo ed allegare al presente modulo, da trasmettere per raccomandata A/R ad Assurant Italia all'indirizzo sopra indicato, i documenti di seguito indicati)

DECESSO (documenti da presentare dall'avente causa)

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento
- certificato di morte, oppure se disponibile, il certificato di morte ISTAT
- copia dello stato di famiglia
- copia del documento d'identità del denunciante

INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento
- copia del documento d'identità
- notifica della condizioni di Invalidità emessa da parte degli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc) e relativo grado

INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

(copertura operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano lavoratori autonomi o dipendenti di enti pubblici o lavoratori atipici)

- indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento
- attestato che certifichi la condizione lavorativa
- certificato medico di pronto soccorso
- copia del documento d'identità

PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

(copertura operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano lavoratori dipendenti di aziende private)

- copia della lettera di Licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro
- copia del documento comprovante l'iscrizione alle liste di collocamento o l'inserimento nelle liste di mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste
- copia del documento d'identità

RICOVERO OSPEDALIERO

(copertura operante per coloro che, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, siano non lavoratori o pensionati o ultra 65enni)

- certificato di ricovero in struttura sanitaria e copia della relativa cartella clinica
- copia della documentazione che attesti il passaggio in una delle categorie coperte per l'evento assicurato (esclusi ultra 65enni)
- copia del documento d'identità

Si da atto che al momento della stipula della presente polizza Assurant mi ha reso l'informativa e richiesto il permesso al trattamento dei miei dati ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003