



POLIZZA MUTUO FINECO

POLIZZA COLLETTIVA N. 10116-FACL/120172-FICL

Contratto di assicurazione multirischio di Payment Protection Insurance
abbinato ai contratti di Mutuo di FinecoBank S.p.A.

Imprese di Assicurazione	<ul style="list-style-type: none">• Financial Assurance Company Limited - FACL• Financial Insurance Company Limited - FICL (compagnie assicurative del Gruppo AXA)
Contraente della Polizza Collettiva	FinecoBank S.p.A.

Il presente Fascicolo Informativo, composto di:

- **Nota Informativa e Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Modulo di Adesione *facsimile***
- **Informativa Privacy**

deve essere consegnato al Contraente e all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione, rispettivamente, della Polizza Collettiva e del Modulo di Adesione.

AVVERTENZA - Si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Aderente/Assicurato sulla necessità di leggere attentamente la Nota Informativa prima della sottoscrizione, rispettivamente, della Polizza Collettiva e del Modulo di Adesione.

Data ultimo aggiornamento del presente Fascicolo Informativo: 30 giugno 2017 (mod. FC-A/F)

Financial Insurance Company Limited e Financial Assurance Company Limited (compagnie assicurative del gruppo AXA), entrambe con sede legale in Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Londra W4 5HR (Regno Unito), ed entrambe con Rappresentanza Generale per l'Italia in Via San Gregorio, 34 - 20124 Milano. Financial Insurance Company Limited - Registrata presso il Companies House nel Regno Unito (n. 1515187); autorizzata nel Regno Unito dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e vigilata dalla Financial Conduct Authority (FCA) e dalla Prudential Regulation Authority (nr. registrazione PRA/FCA: 202639); autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto da IVASS, appendice Elenco I, n. 1.00018; Partita IVA, Codice Fiscale e n. iscr. Reg. Imprese Milano: 12084460158; PEC: ficl@legalmail.it. Financial Assurance Company Limited - Registrata presso il Companies House nel Regno Unito (n. 4873014); autorizzata nel Regno Unito dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e vigilata dalla Financial Conduct Authority (FCA) e dalla Prudential Regulation Authority (nr. registrazione PRA/FCA: 229586); autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto da IVASS, appendice Elenco I, n. 1.00051; Partita IVA, Codice Fiscale e n. iscr. Reg. Imprese Milano: 04539300964; PEC: facl@legalmail.it.

NOTA INFORMATIVA

(data ultimo aggiornamento: 30/06/2017)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente e ciascun Aderente/Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione/adesione alla Polizza Collettiva.

SEZIONE A INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

Financial Assurance Company Limited (FACL), una compagnia assicurativa del Gruppo AXA con sede legale in Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Londra W4 5HR (Regno Unito), numero di registrazione 4873014, e con Rappresentanza Generale per l'Italia in Via San Gregorio, 34 - 20124 Milano (telefono: 02/6737151 – fax: 02-23331247 – sito internet: <http://clp.partners.axa/it> - e-mail: clp.it.sinistri@partners.axa – P.E.C.: facl@legalmail.it). P. IVA e N. Iscr. Reg. Imprese Milano 04539300964 – R.E.A. n. 1756075. FACL è regolata nel Regno Unito dalla Prudential Regulation Authority, è vigilata dalla Prudential Regulation Authority e Financial Conduct Authority ed è registrata presso il Financial Services Register al n. 229586. FACL è autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento, è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, appendice Elenco I, nr. I.00051.

Financial Insurance Company Limited (FICL), una compagnia assicurativa del Gruppo AXA con sede legale in Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Londra W4 5HR (Regno Unito), numero di registrazione 1515187, e con Rappresentanza Generale per l'Italia in Via San Gregorio, 34 - 20124 Milano (telefono: 02/6737151 – fax: 02-23331247 – sito internet: <http://clp.partners.axa/it> - e-mail: clp.it.sinistri@partners.axa – P.E.C.: ficl@legalmail.it). P. IVA e N. Iscr. Reg. Imprese Milano 12084460158 – R.E.A. n. 1525067. FICL è regolata nel Regno Unito dalla Prudential Regulation Authority, è vigilata dalla Prudential Regulation Authority e Financial Conduct Authority ed è registrata presso il Financial Services Register al n. 202639. FICL è autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento, è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, appendice Elenco I, nr. I.00018.

Si precisa che:

- FACL presta le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero;
- FICL presta la garanzia Perdita d'Impiego Involontaria.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale delle imprese di assicurazione

L'ammontare del patrimonio netto di FACL è pari a 585 milioni di Euro (di cui 23% di capitale sociale e 77% di riserve patrimoniali). L'indice di solvibilità di FACL riferito alla gestione vita e relativo all'ultimo bilancio approvato è pari al 395%. Tale indice è definito come rapporto tra fondi propri di base e requisito patrimoniale di solvibilità.

L'ammontare del patrimonio netto di FICL è pari a 371 milioni di Euro (di cui 79% di capitale sociale e 21% di riserve patrimoniali). L'indice di solvibilità di FICL riferito alla gestione danni e relativo all'ultimo bilancio approvato è pari al 131%. Tale indice è definito come rapporto tra fondi propri di base e requisito patrimoniale di solvibilità.

I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano delle compagnie.

SEZIONE B
INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

Per ciascun Aderente/Assicurato, l'assicurazione ha una durata così come indicata nella sottostante tabella:

Garanzie Base	Pacchetto	Durata
Decesso	Tutti i Pacchetti (1-2-3)	Pari alla durata del Mutuo (massimo 30 anni)
Invalità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Tutti i Pacchetti (1-2-3)	Pari alla durata del Mutuo (massimo 30 anni)
Garanzie Lavoro	Pacchetto	Durata
Perdita di Impiego Involontaria	Pacchetto 1	10 anni + eventuali rinnovi annuali, salvo disdetta
Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia)	Pacchetto 2	10 anni + eventuali rinnovi annuali, salvo disdetta
Ricovero Ospedaliero (da Infortunio o Malattia)	Pacchetto 3	10 anni + eventuali rinnovi annuali, salvo disdetta

Si rinvia agli Artt. 5 e 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto prevede, a seconda dello specifico pacchetto attivato, le seguenti garanzie e prestazioni assicurative in favore dell'Aderente/Assicurato:

Pacchetto	Garanzie	Prestazione
Pacchetto 1 Attivabile solo da: Lavoratore Dipendente Privato	GARANZIE BASE Decesso Invalità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Debito Residuo del Mutuo
	GARANZIA LAVORO Perdita d'Impiego Involontaria	Rate del Mutuo
Pacchetto 2 Attivabile solo da: Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico	GARANZIE BASE Decesso Invalità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Debito Residuo del Mutuo
	GARANZIA LAVORO Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia)	Rate del Mutuo
Pacchetto 3 Attivabile solo da: Non Lavoratore	GARANZIE BASE Decesso Invalità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Debito Residuo del Mutuo
	GARANZIA LAVORO Ricovero Ospedaliero (da Infortunio o Malattia)	Rate del Mutuo

Le sopra indicate garanzie, come presenti all'interno del pacchetto attivato, costituiscono un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo.

Si rinvia all'Art. 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio sull'oggetto delle garanzie, e all'Art. 20 (garanzia Decesso), all'Art. 27 (garanzia Invalità Totale Permanente), all'Art. 35 (garanzia Inabilità Totale Temporanea), all'Art. 45 (garanzia Perdita d'Impiego Involontaria) ed all'Art. 54 (garanzia Ricovero Ospedaliero) delle Condizioni Particolari di Assicurazione di ciascuna garanzia per gli aspetti di dettaglio sulle prestazioni.

Avvertenza – Al fine di poter aderire ad uno dei Pacchetti sopra indicati, l'Aderente/Assicurato, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, deve possedere un determinato status lavorativo, così come indicato nella tabella sopra riportata. Sono inoltre previsti altri requisiti di assicurabilità.

Si rinvia all'Art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza – Il contratto prevede massimali di Indennizzo per ciascuna garanzia.

Si rinvia all'Art. 21 (garanzia Decesso), all'Art. 28 (garanzia Invalidità Totale Permanente), all'Art. 36 (garanzia Inabilità Totale Temporanea), all'Art. 46 (garanzia Perdita d'Impiego Involontaria) ed all'Art. 55 (garanzia Ricovero Ospedaliero) delle Condizioni Particolari di Assicurazione di ciascuna garanzia per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza – Il contratto prevede casi di esclusione di operatività delle garanzie che possono dar luogo al mancato pagamento dell'Indennizzo.

Si rinvia all'Art. 22 (garanzia Decesso), all'Art. 29 (garanzia Invalidità Totale Permanente), all'Art. 38 (garanzia Inabilità Totale Temporanea), all'Art. 48 (garanzia Perdita d'Impiego Involontaria) ed all'Art. 57 (garanzia Ricovero Ospedaliero) delle Condizioni Particolari di Assicurazione di ciascuna garanzia per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza – Il contratto prevede:

- **per la garanzia Inabilità Totale Temporanea: un Periodo di Franchigia di 30 giorni.** Pertanto, in caso di Sinistro, il primo Indennizzo (pari ad una Rata del Mutuo) è corrisposto qualora lo stato di inabilità perduri per almeno 30 giorni; successivamente, la Società indennizza un'ulteriore Rata del Mutuo per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità che persiste nel corso della durata di efficacia dell'assicurazione;
- **per la garanzia Perdita d'Impiego Involontaria: un Periodo di Franchigia di 60 giorni.** Pertanto, in caso di Sinistro, il primo Indennizzo (pari ad una Rata del Mutuo) è corrisposto qualora lo stato di Disoccupazione perduri per almeno 60 giorni; successivamente, la Società indennizza un'ulteriore Rata del Mutuo per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità che persiste nel corso della durata di efficacia dell'assicurazione;
- **per la garanzia Ricovero Ospedaliero: un periodo di Franchigia di 3 giorni.** Pertanto, in caso di Sinistro, il primo Indennizzo (pari ad una Rata del Mutuo) è corrisposto, qualora il Ricovero Ospedaliero perduri per almeno 3 giorni; successivamente, la Società indennizza un'ulteriore Rata del Mutuo per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero nel corso della durata di efficacia dell'assicurazione.

Si rinvia all'Art. 34 (garanzia Inabilità Totale Temporanea), all'Art. 44 (garanzia Perdita d'Impiego Involontaria) ed all'Art. 54 (garanzia Ricovero Ospedaliero) delle Condizioni Particolari di Assicurazione di ciascuna garanzia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di applicazione del Periodo di Franchigia e del massimale per la garanzia Perdita d'Impiego Involontaria

Data licenziamento: 15/7/2016

- Giorni di Disoccupazione: 45 - Indennizzo: nessuno

Data licenziamento: 15/7/2016

- Giorni di Disoccupazione: 65 – Indennizzo: 1 Rata del Mutuo

Se la Disoccupazione persiste: 1 Rata per ciascun ulteriore periodo di 30 giorni di Disoccupazione, sino ad un massimo di 12 Rate indennizzate

Avvertenza – Il contratto prevede, per la garanzia Inabilità Totale Temporanea, altre limitazioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'Indennizzo.

Si rinvia all'Art. 36.2 (Limitazioni di Indennizzo), all'Art. 37 (Periodi di Inabilità Totale Temporanea non indennizzabili dopo la cessazione dell'assicurazione) ed all'Art. 39 (Denunce successive di Sinistri – Periodo di Riqualificazione) per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza – Il contratto prevede, per la garanzia Perdita d'Impiego Involontaria, altre limitazioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'Indennizzo.

Si rinvia all'Art. 46.2 (Limitazioni di Indennizzo), all'Art. 47.1 (Periodi di Disoccupazione non indennizzabili dopo la cessazione dell'assicurazione), all'Art. 47.2 (Periodi di Disoccupazione non indennizzabili per i Lavoratori Dipendenti Privati assunti con contratto di lavoro a tempo determinato) ed all'Art. 49 (Denunce successive di Sinistri – Periodo di Riqualificazione) per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza – Il contratto prevede, per la garanzia Ricovero Ospedaliero, altre limitazioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell’Indennizzo.

Si rinvia all’Art. 55.2 (Limitazioni di Indennizzo), all’Art. 56 (Periodi di ricovero non indennizzabili) ed all’Art. 58 (Denunce successive di Sinistri – Periodo di Riqualificazione) per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza – In caso di Sinistro per Invalidità Totale Permanente, sono escluse dal calcolo del Debito Residuo le Rate di Mutuo eventualmente già indennizzate per il caso di Inabilità Totale Temporanea e/o Ricovero Ospedaliero relative al medesimo periodo temporale.

Esempio di calcolo Indennizzo per Invalidità Totale Permanente in caso di precedente Inabilità Totale Temporanea già indennizzata:

Data di decorrenza del contratto: 1/1/2015

Data di scadenza del contratto: 1/1/2025

Data Sinistro per Inabilità Totale Temporanea: 1/7/2015 che si protrae per 6 mesi fino al 1/1/2016

In tale caso:

- *se la Data Sinistro per Invalidità Totale Permanente è 1/10/2015, il Debito Residuo è indennizzato al netto delle 2 Rate già indennizzate per Inabilità Totale Temporanea, in sovrapposizione sul medesimo periodo temporale (agosto-settembre 2015);*
- *se la Data Sinistro per Invalidità Totale Permanente è 1/2/2016, il Debito Residuo è indennizzato interamente, senza dedurre le Rate già indennizzate per il caso di Inabilità Totale Temporanea.*

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza – Il contratto prevede, per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Malattia, Perdita d’Impiego Involontaria e Ricovero Ospedaliero, un Periodo di Carenza, durante il quale l’assicurazione non opera.

Si rinvia all’Art. 33.1 (garanzia Inabilità Totale Temporanea da Malattia), all’Art. 43.1 (garanzia Perdita d’Impiego Involontaria) ed all’Art. 52.1 (garanzia Ricovero Ospedaliero da Malattia) delle Condizioni Particolari di Assicurazione di ciascuna garanzia per gli aspetti di dettaglio.

5. Dichiarazioni in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Medico – Nullità

Ai fini dell’assunzione dei rischi da parte della Società, ciascun Assicurato dovrà, in funzione dell’importo di Mutuo richiesto e dell’età alla data di stipula del Mutuo, procedere a:

- a) compilare un Questionario Medico: in tal caso, è assicurabile il soggetto che risponde “NO” a tutte le domande del Questionario Medico;
- b) fornire il Rapporto Visita Medica ed altri eventuali esami medici: in tale caso, l’accettazione in copertura degli Assicurati che sottoscrivono il Modulo di Adesione non è mai automatica, in quanto la Società si riserva il diritto di accettare o meno l’assicurazione. L’Assicurato può comunque chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare lo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a suo carico.

Avvertenza – E’ necessario rispondere in maniera precisa e veritiera a tutte le domande del Questionario Medico e del Rapporto di Visita Medica. Le inesattezze e le reticenze dell’Assicurato potranno comportare la perdita totale del diritto al percepimento dell’Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell’Assicurazione.

Si rinvia agli Artt. 2, 3.3 ed 11 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza – Sono previste delle cause di nullità del contratto.

Si rinvia all’art. 11 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio – Variazioni di attività lavorativa dell’Assicurato

Nel caso in cui l’Aderente/Assicurato, durante il periodo di validità dell’assicurazione, cambi la propria attività lavorativa perdendo lo status lavorativo originario utile per il relativo Pacchetto, si applica quanto segue:

GARANZIE BASE

Con riferimento alle Garanzie Base, il cambiamento di attività lavorativa dell’Assicurato nel corso del periodo di validità dell’Assicurazione, ancorché non comunicato alla Società, non pregiudica in caso di Sinistro il diritto al pagamento dell’Indennizzo.

GARANZIE LAVORO

Con riferimento alle Garanzie Lavoro incluse nei Pacchetti 2 e 3, il cambiamento di attività lavorativa dell'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, ancorché non comunicato alla Società, non pregiudica in caso di Sinistro il diritto al pagamento dell'Indennizzo della Garanzia Lavoro attivata originariamente.

Con riferimento alla Garanzia Lavoro inclusa nel Pacchetto 1 (Perdita d'Impiego Involontaria), tale Garanzia Lavoro non sarà comunque più operante, salvo che l'Assicurato riacquisti lo status di Lavoratore Dipendente Privato.

L'Aderente/Assicurato ha comunque altresì la facoltà di comunicare il cambiamento di attività lavorativa all'Intermediario (fornendo prova della perdita del proprio status lavorativo), **richiedendo la cessazione della sola Garanzia Lavoro** inviando apposita comunicazione scritta al seguente indirizzo: *FinecoBank S.p.A. – Middle Office Rete – Via Rivoluzione d'Ottobre 16, 42123 Reggio Emilia (RE)*. In tal caso la Garanzia Lavoro, come presente in ciascun Pacchetto attivato, cessa a decorrere dalle ore 24:00 della data di ricezione della comunicazione da parte dell'Intermediario e lo stesso rimborserà proporzionalmente le annualità e mensilità di Premio pagate e non godute della Garanzia Lavoro.

Si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio

7. Premi

Per ciascun Aderente/Assicurato è previsto un Premio unico ed anticipato per l'intera durata dell'assicurazione come segue:

- a) **all'adesione (tutte le coperture),**
 - **in caso di Mutuo 1[^]-2[^] casa o Mutuo Sostituzione o Mutuo Liquidità:** l'importo del Premio unico anticipato è sempre finanziato dal Contraente all'Aderente/Assicurato con il contratto di Mutuo. Il Contraente trattiene il Premio dall'importo erogato con il Mutuo, lo incassa nella propria qualità di Intermediario, e lo versa alla Società;
 - **in caso di Mutuo Surroga:** l'importo del Premio unico anticipato non è mai finanziato e viene corrisposto dall'Aderente/Assicurato al Contraente - che lo incassa nella propria qualità di Intermediario e lo versa alla Società - con le seguenti modalità: tramite addebito diretto in conto corrente (in caso di addebito delle rate del Mutuo su conto corrente Fineco) oppure tramite bonifico o assegno (in caso di addebito delle rate del Mutuo su altro conto corrente);
- b) **in riferimento agli eventuali rinnovi annuali, dopo il 10° anno, delle Garanzie Lavoro:** il Premio annuale (calcolato alle medesime condizioni originarie) viene corrisposto dall'Aderente/Assicurato al Contraente - che lo incassa nella propria qualità di Intermediario e lo versa alla Società - con le seguenti modalità: tramite addebito diretto in conto corrente (in caso di addebito delle rate del Mutuo su conto corrente Fineco) oppure tramite bonifico o assegno (in caso di addebito delle rate del Mutuo su altro conto corrente).

Il Premio per ogni Aderente/Assicurato, per tutte le garanzie assicurative presenti a seconda del pacchetto scelto, è indicato nel Modulo di Adesione e viene calcolato dalla Società in funzione dell'età dell'Aderente/Assicurato, della durata dell'assicurazione e del Capitale Assicurato Iniziale.

Si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

La seguente tabella evidenzia i costi che, compresi nel Premio imponibile totale, gravano direttamente sull'Aderente:

COSTI SUL PREMIO	
Voce di costo	Quota parte di costo sul premio imponibile
Provvigioni di intermediazione	49,5% del Premio imponibile
Costi amministrativi della Società	8,5% del Premio imponibile

Quindi, a titolo esemplificativo, su un Premio imponibile di €2.500,00 gravano €1.237,50 a titolo di costi relativi alle provvigioni di intermediazione ed €212,50 a titolo di costi amministrativi. All'Aderente viene data

evidenza dei valori assoluti (corrispondenti alle percentuali indicate in tabella) dei costi gravanti sul Premio nel Modulo di Adesione.

Avvertenza – Nel caso di estinzione anticipata totale o accollo del Mutuo rispetto la data di scadenza originaria, oppure di trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo, l'assicurazione cesserà a decorrere dalle ore 24:00 della data di estinzione o surroga o accollo e la Società – per il tramite del Contraente – provvederà al rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto delle imposte di legge. L'Aderente/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 del Mutuo. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto alla Società tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata totale oppure di surroga od accollo del Mutuo.

Avvertenza – Nel caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo, la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni dovute in caso di Sinistro nella misura corrispondente alla quota estinta del Mutuo. In tal caso, la Società rimborserà all'Aderente/Assicurato, per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo intercorrente tra la data di estinzione anticipata parziale del Mutuo e la data di scadenza dell'assicurazione.

Si rinvia all'Art. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

SEZIONE C INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

8. Costi gravanti direttamente sull'Aderente

La seguente tabella evidenzia i costi che, compresi nel Premio imponibile totale, gravano direttamente sull'Aderente:

COSTI SUL PREMIO	
<i>Voce di costo</i>	<i>Quota parte di costo sul premio imponibile</i>
Provvigioni di intermediazione	49,5% del Premio imponibile
Costi amministrativi della Società	8,5% del Premio imponibile

9. Sconti

Non è prevista l'eventualità che le Società o l'Intermediario possano applicare sconti di premio.

10. Regime fiscale

Il regime fiscale applicabile al contratto è il seguente:

- a) **Imposta sul Premio:** garanzia Decesso: esente; garanzia Invalidità Totale Permanente: 2,5%; garanzia Inabilità Totale Temporanea: 2,5%; garanzia Perdita d'Impiego Involontaria: 2,5, garanzia Ricovero Ospedaliero: 2,5%.
- b) **Detrazione fiscale del Premio ai fini IRPEF:** in riferimento alle garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente è riconosciuta per legge una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, in base alla normativa fiscale vigente.

SEZIONE D

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

11. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto ed all'Art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione per la decorrenza dell'assicurazione.

12. Revoca dell'adesione alla Polizza Collettiva

Nella fase che precede l'entrata in vigore della copertura assicurativa (cioè sino alla data di erogazione del Mutuo), l'Aderente/Assicurato ha sempre facoltà di revocare la propria adesione alla Polizza Collettiva effettuata attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione, mediante comunicazione al Contraente per il tramite del proprio numero verde 800.88.55.11 o via fax al nr. 02-87152739.

Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

13. Diritto di recesso per l'Aderente/Assicurato e per la Società

Una volta entrata in vigore l'assicurazione, l'Aderente/Assicurato può recedere dal contratto:

- a) **entro il termine di 60 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione.** In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore ed il Contraente provvederà a rimborsare l'importo di Premio eventualmente già versato (al netto delle imposte).
- b) **annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza.** Tale diritto di recesso è esercitabile in riferimento a tutte le coperture oppure con limitato riferimento alle Garanzie Lavoro. In tal caso, l'assicurazione cessa alla successiva scadenza annuale e all'Aderente/Assicurato verrà restituita la parte di premio relativa alle annualità pagate e non godute (calcolata in base ai criteri di cui all'Art. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

L'Aderente/Assicurato è tenuto ad esercitare i diritti di recesso di cui alla presente clausola mediante invio di una lettera raccomandata a.r. indirizzata al Contraente al seguente indirizzo: *FinecoBank S.p.A. – Middle Office Rete – Via Rivoluzione d'Ottobre 16, 42123 Reggio Emilia (RE).*

I rimborsi di Premio saranno effettuati dal Contraente mediante corrispondente riduzione della rata del Mutuo (in caso di Premio finanziato) oppure mediante bonifico bancario (in caso di Premio non finanziato).

Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

14. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni

In caso di Sinistro, è necessario darne comunicazione scritta alla Società nel più breve tempo possibile (anche utilizzando un apposito modulo di denuncia sinistro messo a disposizione dalla Società). La Società, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, provvede alla liquidazione dell'Indennizzo al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa del Sinistro.

Si rinvia all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di denuncia dei Sinistri e per le modalità di reperimento del modulo di denuncia Sinistro, nonché alle condizioni particolari di ciascuna garanzia per l'identificazione della relativa documentazione da presentare.

Avvertenza – Ai fini dell'assicurazione, il momento di insorgenza del Sinistro è così individuato:

- **Decesso:** la data di decesso dell'Assicurato;
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** la data di accadimento dell'Infortunio – **Invalidità Totale Permanente da Malattia:** la data di presentazione della domanda di invalidità all'azienda sanitaria locale o altra autorità competente (ai fini del Periodo di Carenza: la data di diagnosi della Malattia);
- **Inabilità Totale Temporanea:** la data coincidente con il giorno in cui l'Assicurato cessa di svolgere la propria attività lavorativa a causa dell'Inabilità Totale Temporanea, come risultante da certificazione medica attestante la stessa;
- **Perdita d'Impiego Involontaria:** la data di effetto del licenziamento o della messa in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- **Ricovero Ospedaliero:** la data di primo giorno di ricovero in Istituto di Cura come risultante dalla documentazione medica.

15. Prescrizione dei diritti

I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono in:

- dieci anni, in riferimento alle garanzie prestate da Financial Assurance Company Limited;
- due anni, in riferimento alla garanzia prestata da Financial Insurance Company Limited.

I termini di prescrizione decorrono dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ex art. 2952 c.c. Conseguentemente, qualora, entro detto termine, la Società non riceverà alcuna richiesta dai soggetti legittimati, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione non possono più essere esercitati. In riferimento alla garanzia Decesso, agli importi dovuti ai Beneficiari che non sono reclamati entro il termine di prescrizione decennale si applicherà la disciplina in materia di rapporti dormienti di cui alla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

16. Legge applicabile al contratto

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

17. Lingua

Il presente contratto di assicurazione e ogni documento ad esso collegato, nonché ogni comunicazione ad esso relativa, sono redatti in lingua italiana.

18. Reclami

Reclami alle imprese di assicurazione

Per qualsiasi reclamo inerente al presente contratto di assicurazione e alla gestione di un Sinistro, l'Aderente/Assicurato o qualsiasi altro soggetto legittimato si può rivolgere direttamente per iscritto (a mezzo posta, fax o e-mail) all'Ufficio Reclami delle Società:

**Financial Assurance Company Limited
Financial Insurance Company Limited
(Ufficio Reclami)**

Via San Gregorio n. 34 - 20124 Milano

Fax: 02-23331247

e-mail: clp.it.reclami@partners.axa

specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati. La Società darà risposta al reclamante entro e non oltre 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Reclami all'intermediario

Per i reclami inerenti al comportamento dell'Intermediario/Contraente che ha il rapporto diretto con le imprese di assicurazione, o per comunque tutti i reclami che rientrino nella competenza dello stesso (ivi inclusi quelli relativi ai comportamenti dei propri dipendenti e collaboratori), l'Aderente/Assicurato o qualsiasi altro soggetto legittimato si può rivolgere direttamente per iscritto (a mezzo posta, fax o e-mail) all'Ufficio Reclami di FinecoBank S.p.A.:

- per lettera raccomandata a.r. indirizzata a **FinecoBank S.p.A. - Direzione Generale – Ufficio Reclami**, Piazza Durante, 11, Milano oppure
- per via telematica all'indirizzo e-mail helpdesk@finecobank.com oppure
- per via telematica all'indirizzo PEC finecobankspa.pec@actaliscertymail.it

specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati. L'intermediario darà risposta al reclamante entro e non oltre 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Reclami all'IVASS

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi per iscritto a: IVASS – Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 ROMA. Il reclamo dovrà essere inviato all'IVASS a mezzo posta, oppure trasmesso al fax 06.42133206. La presentazione del reclamo può avvenire anche via PEC all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it. In tal caso, per velocizzarne la trattazione, è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF. I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società/intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dagli stessi;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) o all'IVASS, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

È possibile reperire dettagliate informazioni sulle modalità di presentazione dei reclami alla Società ed all'IVASS (e relative procedure) sul sito internet www.ivass.it, sezione "Per il consumatore – Come presentare un reclamo", ove sono disponibili anche un facsimile di reclamo da scaricare per l'invio dei reclami alle imprese ed un facsimile di reclamo da scaricare per l'invio dei reclami all'IVASS.

Possono anche essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate, eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro, ma relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, **fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria**, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- a) procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- b) procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto.

19. Informativa in corso di contratto

La Società comunica all'Aderente, anche tramite il Contraente, qualsiasi variazione delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto. Per la consultazione degli aggiornamenti dei dati patrimoniali dell'Impresa di cui al punto 2 della presente Nota Informativa, nonché per tutti gli altri aggiornamenti non derivanti da innovazione normativa, si rinvia al sito internet delle Società.

20. Comunicazioni dell'Assicurato al Contraente/Società

Per la disciplina delle comunicazioni al Contraente/Società delle variazioni di attività lavorativa dell'Assicurato in corso di contratto si rinvia al precedente punto 6 della presente Nota Informativa.

Si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

21. Conflitto di interessi

Si richiama l'attenzione dell'Aderente sulla circostanza che l'Intermediario/Contraente della Polizza Collettiva (FinecoBank S.p.A. – di seguito "la Banca") ha un proprio interesse alla promozione e distribuzione delle garanzie oggetto della Polizza Collettiva, sia perché l'adesione alle stesse viene offerta solamente a coloro i quali hanno sottoscritto con il medesimo intermediario finanziario un contratto di Mutuo, sia perché la Banca percepisce, in qualità di intermediario assicurativo, una provvigione per l'attività di raccolta delle adesioni alla Polizza Collettiva.

Si precisa che, in ogni caso, le Società, pur in presenza di potenziale conflitto di interessi dell'intermediario, hanno attivato ogni procedura utile ad evitare ogni possibile pregiudizio agli Aderenti ed a consentire loro di ottenere loro il miglior risultato possibile.

22. Informativa sull'offerta e collocamento a distanza del contratto di assicurazione

Il presente contratto può essere offerto e collocato anche mediante tecnica di comunicazione a distanza.

Per "*tecnica di comunicazione a distanza*" si intende qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e dell'Aderente, venga impiegata per la conclusione del contratto. Per "*supporto durevole*" si intende qualunque strumento che permetta all'Aderente/Assicurato di memorizzare le informazioni a lui dirette, in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni stesse.

In caso di offerta a distanza del contratto, prima dell'acquisto della polizza e di essere vincolato al contratto concluso a distanza, si informa l'Aderente/Assicurato dell'esistenza dei seguenti diritti:

- a) **del diritto di scegliere se ricevere e trasmettere la documentazione precontrattuale, contrattuale e le comunicazioni in corso di contratto previste dalla normativa vigente, su supporto cartaceo ovvero su altro supporto durevole (mediante posta elettronica). La scelta può essere effettuata in maniera esplicita congiuntamente o disgiuntamente per ciascuna delle categorie di documenti predetti, ed è in ogni momento revocabile previa comunicazione all'intermediario.**

Per esercitare tale diritto, si prega di contattare il numero telefonico 800.88.55.11

- b) **del diritto di richiedere in ogni momento e senza oneri la ricezione della documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza.**

Per esercitare tale diritto, si prega di contattare il numero telefonico 800.88.55.11

- c) **della circostanza che seppure il contratto di assicurazione sia offerto a distanza, per potere sottoscrivere il contratto l'Aderente/Assicurato è comunque tenuto a ritrasmettere (ai recapiti che saranno indicati) una copia del Modulo di Adesione debitamente sottoscritto in ogni sua parte, utilizzando, a propria scelta, il supporto cartaceo o altro supporto durevole (e-mail);**

Financial Assurance Company Limited e Financial Insurance Company Limited sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
(Valeria Picconi)



GLOSSARIO

(data ultimo aggiornamento: 30/06/2017)

I termini impiegati nel presente Fascicolo Informativo hanno il seguente significato:

Aderente/Assicurato

la persona fisica, intestataria o co-intestataria di un Mutuo concesso da FinecoBank S.p.A., in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità, sulla quale operano le garanzie assicurative, che aderisce alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

Beneficiario

Il soggetto a cui la Società paga l'Indennizzo.

Capitale Assicurato Iniziale

l'importo di Mutuo assicurato. Tale importo – indicato nel Modulo di Adesione – è pari: (i) in caso di unico Assicurato al 100%: all'importo erogato del Mutuo; (ii) in caso di due Assicurati pro-quota: al 50% dell'importo erogato del Mutuo.

Caricamenti

parte del Premio destinato a coprire i costi amministrativi, gestionali e commerciali della Società, incluse le commissioni per l'Intermediario.

Contraente/Intermediario

FinecoBank S.p.A. - Società appartenente al Gruppo Bancario UniCredit iscritto all'Albo dei Gruppi bancari n° 02008.1 - Sede legale 20131 Milano - P.zza Durante, 11 – Direzione Generale 42123 Reggio Emilia Via Rivoluzione d'Ottobre, 16 - P.Iva 12962340159 – Codice Fiscale e n. iscr. R.I. Milano 01392970404 - R.E.A. n. 1598155 – Intermediario Assicurativo iscritto alla Sez. D del RUI – Nr. D000159524.

Debito Residuo

il debito residuo del Mutuo in linea capitale esistente alla data del Sinistro, calcolato in base al piano di ammortamento originale concordato al momento della stipula del Mutuo oppure, in caso di estinzione parziale del Mutuo con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro; sono esclusi dal calcolo gli interessi, nonché qualsiasi importo dovuto al Contraente in base al Mutuo a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.). Sono altresì escluse dal calcolo del Debito Residuo le Rate eventualmente già indennizzate per il caso (a seconda del Pacchetto attivato) di Inabilità Totale Temporanea / Perdita d'Impiego Involontaria / Ricovero Ospedaliero, relative al medesimo periodo temporale.

Decesso

la morte dell'Aderente/Assicurato.

Disoccupazione

La perdita, da parte dell'Aderente/Assicurato, dello stato di Lavoratore Dipendente Privato, a seguito di "giustificato motivo oggettivo", che generi la cessazione del contratto di lavoro e lo stato di Disoccupazione, ossia:

- a) abbia cessato la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato per una durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali nello svolgimento di altra attività che generi un reddito o un guadagno; e
- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o percepisca un trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria; e

- c) non rifiuti irragionevolmente offerte di lavoro.

Garanzie Base

le coperture per Decesso ed Invalidità Totale Permanente

Garanzie Lavoro

le coperture per Perdita Impiego Involontaria, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero.

Indennizzo

la somma dovuta dalla Società al Beneficiario in caso di Sinistro.

Infortunio

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono considerati Infortunio anche:

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

Inabilità Totale Temporanea

la perdita totale, in via temporanea e medicalmente accertata e documentata, della capacità dell'Aderente/Assicurato di svolgere la propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

Invalidità Totale Permanente

la perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Aderente/Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili.

L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione quando:

- i. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Aderente/Assicurato sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA" (Allegato 1), e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;
- ii. **la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.**

Istituto di Cura

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

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lavoratore Autonomo

la persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio, senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, e che deve

presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito di lavoro dipendente o pensione.

Lavoratore Dipendente Privato

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di un altro soggetto privato, in base ad un contratto di lavoro dipendente regolato dalla legge italiana, a tempo determinato o a tempo indeterminato, che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali.

Lavoratore Dipendente Pubblico

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere 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 ed 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, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.Lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Malattia

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Modulo di Adesione

documento predisposto dalla Società contenente la dichiarazione di adesione alla Polizza Collettiva da parte dell'Aderente/Assicurato. Un facsimile del Modulo di Adesione è contenuto all'interno del presente Fascicolo Informativo.

Mutuo

Il contratto di Mutuo stipulato tra l'Aderente/Assicurato e la Contraente, di durata non inferiore a 10 anni e non superiore ai 30 anni, avente un capitale erogato non superiore ad €1.000.000,00. Il Mutuo può essere per acquisto di prima o seconda casa (**Mutuo 1^a-2^a casa**), di surroga (**Mutuo Surroga**), di sostituzione (**Mutuo Sostituzione**) oppure di liquidità (**Mutuo Liquidità**).

Non Lavoratore

la persona fisica che non sia né lavoratore autonomo né lavoratore dipendente, inclusi i pensionati.

Pacchetto

Uno dei pacchetti di garanzie assicurative attivabili dall'Aderente/Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva, tra i seguenti: PACCHETTO 1 / PACCHETTO 2 / PACCHETTO 3.

Perdita d'Impiego Involontaria

la perdita – da parte dell'Aderente/Assicurato – dello stato di Lavoratore Dipendente Privato a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Aderente/Assicurato, che generi la cessazione del contratto di lavoro e lo stato di Disoccupazione.

Periodo di Carenza

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza dell'assicurazione durante il quale le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Malattia, Perdita d'Impiego Involontaria e Ricovero Ospedaliero da Malattia non sono operanti.

Periodo di Franchigia

il periodo di tempo per il quale deve protrarsi lo stato di Inabilità Totale Temporanea, Disoccupazione o Ricovero Ospedaliero dell'Aderente/Assicurato affinché lo stesso abbia diritto al primo Indennizzo per il caso di Inabilità Totale Temporanea, Perdita d'Impiego Involontaria o Ricovero Ospedaliero.

Periodo di Riqualificazione

il periodo di tempo che deve intercorrere tra un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea, Perdita d'Impiego Involontaria o Ricovero Ospedaliero ed un Sinistro successivo per Inabilità Totale Temporanea, Perdita d'Impiego Involontaria o Ricovero Ospedaliero, affinché quest'ultimo sia indennizzabile in base al contratto.

Polizza Collettiva

la Polizza Collettiva 10116FACL-120172FICL stipulata dal Contraente con le Società per conto dei propri clienti sottoscrittori di un contratto di Mutuo con la Contraente.

Premio

la somma dovuta alla Società in relazione all'assicurazione prestata.

Premio puro

premio versato al netto dei Caricamenti.

Questionario di Adeguatezza

questionario consistente in una serie di domande relative alle esigenze assicurative dell'Aderente, che l'Intermediario acquisisce in fase precontrattuale per valutare l'adeguatezza del contratto offerto.

Questionario Medico

questionario costituito da domande a risposta SI/NO sullo stato di salute dell'Aderente/Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione, e le cui risposte sono rese in prima persona dall'Aderente/Assicurato.

Rapporto Visita Medica

modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Aderente/Assicurato, che deve essere compilato dal medico curante dell'Aderente/Assicurato, atto alla valutazione di assumibilità del rischio da parte della Società.

Rata

la rata mensile del Mutuo, comprensiva di capitale e interessi, quale risulta dal piano di ammortamento originale del Mutuo stesso oppure, in caso di estinzione parziale del Mutuo con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro.

Ricovero Ospedaliero

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

Sinistro

il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

Le imprese di assicurazione Financial Assurance Company Limited (FACL) e Financial Insurance Company Limited (FICL), che prestano le garanzie previste dalla Polizza Collettiva in base alle regole della propria autorità di vigilanza, secondo i criteri previsti in Nota Informativa – Sezione A.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(data ultimo aggiornamento: 30/06/2017)

CONDIZIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE

COSA E' ASSICURATO?

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione e delimitazione del rischio assicurato

1. Il Contraente stipula la Polizza Collettiva POLIZZA MUTUO FINECO con le Società per conto dei propri clienti richiedenti il Mutuo, i quali aderiscono alla Polizza Collettiva su base individuale e facoltativa, assumendo – ciascuno - la qualifica di Aderente/Assicurato.

2. L'assicurazione è operante per i seguenti rischi:

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

3. Essendo POLIZZA MUTUO FINECO un prodotto predisposto anche in funzione della specifica attività lavorativa svolta dall'Aderente/Assicurato, a seconda dello status lavorativo dell'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, le sopra indicate coperture assicurative potranno essere attivate, da ciascun Aderente/Assicurato, secondo le combinazioni sotto indicate:

	Status lavorativo Aderente/Assicurato	Garanzie prestate
Pacchetto 1	Attivabile solo da: Lavoratore Dipendente Privato	GARANZIE BASE <ul style="list-style-type: none">• Decesso• Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) GARANZIA LAVORO <ul style="list-style-type: none">• Perdita d'Impiego Involontaria
Pacchetto 2	Attivabile solo da: Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico	GARANZIE BASE <ul style="list-style-type: none">• Decesso• Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) GARANZIA LAVORO <ul style="list-style-type: none">• Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia)
Pacchetto 3	Attivabile solo da: Non Lavoratore	GARANZIE BASE <ul style="list-style-type: none">• Decesso• Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) GARANZIA LAVORO <ul style="list-style-type: none">• Ricovero Ospedaliero (da Infortunio o Malattia)

4. Le garanzie assicurative di ciascun Pacchetto sono prestate in modo congiunto, come parte di un unico inscindibile pacchetto assicurativo. Non è ammesso il cambio di Pacchetto Assicurativo in corso di contratto.

5. L'assicurazione opera esclusivamente nei confronti dell'Aderente/Assicurato identificato nel Modulo di Adesione, che sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità di cui al successivo Art. 3. Non è possibile cambiare il soggetto Aderente/Assicurato nel corso della durata dell'assicurazione.

6. In caso di Sinistro, la Società si obbliga a corrispondere l'Indennizzo previsto dalle Condizioni Particolari valide per ciascuna garanzia, e cioè: (i) Debito Residuo del Mutuo, in caso di Sinistro per Decesso o Invalidità Totale Permanente (tutti i Pacchetti); (ii) una o più Rate del Mutuo, in caso di Sinistro per Perdita d'Impiego Involontaria (Pacchetto 1), Inabilità Totale Temporanea (Pacchetto 2), Ricovero Ospedaliero (Pacchetto 3).

7. In nessun caso, gli Indennizzi previsti dalle diverse coperture, in caso di Sinistro, possono cumularsi tra di loro in riferimento al medesimo periodo temporale. Pertanto: (i) ciascuna Rata del Mutuo è indennizzabile una volta sola; (ii) dal calcolo del Debito Residuo vengono sempre detratte eventuali Rate già indenizzate in riferimento ad altre garanzie.

8. Si precisa che:

- FACL presta le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero;
- FICL presta la garanzia Perdita d'Impiego Involontaria.

COME SI ADERISCE ALLA POLIZZA COLLETTIVA?

Art. 2 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva

1. L'adesione alla Polizza Collettiva si perfeziona mediante la sottoscrizione – da parte dell'Aderente/Assicurato – di un Modulo di Adesione e restituzione di copia dello stesso all'Intermediario, **a condizione che il Mutuo sia effettivamente erogato. In caso di mancata erogazione del Mutuo l'assicurazione non avrà efficacia.**

2. **Resta fermo quanto previsto al successivo Art. 3.3 circa le modalità di assunzione medica del rischio da parte della Società** e, pertanto:

- a) in caso di formalità di assunzione tramite Questionario Medico, la Società accetta sempre automaticamente in copertura tutti gli Assicurati che sottoscrivono e restituiscono il Modulo di Adesione, in possesso dei requisiti di assicurabilità e che rispondono "NO" a tutte le domande del Questionario Medico. In tali casi, l'assicurazione decorre, senza ulteriore formalità alcuna, dalla data di erogazione del Mutuo;
- b) in caso di formalità di assunzione tramite Rapporto di Visita Medica, l'accettazione in copertura degli Assicurati che sottoscrivono il Modulo di Adesione non è mai automatica, in quanto la Società si riserva il diritto di accettare o meno l'assicurazione. In tali casi, la sottoscrizione del Modulo di Adesione è da considerarsi come una proposta di assicurazione dall'Aderente/Assicurato alla Società, e l'assicurazione decorre, dalla data di erogazione del Mutuo, solo a seguito di accettazione da parte della Società comunicata all'Aderente/Assicurato.

3. Fermo quanto sopra, il Contraente, nella propria qualità di Intermediario assicurativo, è tenuto ad acquisire da ciascun Aderente, in fase precontrattuale, ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza del contratto in relazione alle esigenze assicurative di quest'ultimo, mediante utilizzo di un apposito Questionario di Adeguatezza. **La Società, nell'interesse dei singoli Aderenti alla Polizza Collettiva, accetterà in copertura gli Aderenti per i quali il contratto offerto risulti adeguato, mentre non accetterà in copertura gli Aderenti per i quali il contratto offerto risulti inadeguato, né gli Aderenti che non rispondano ad una o più domande del Questionario di Adeguatezza.**

4. **La Società potrà altresì in ogni momento sospendere l'entrata in vigore dell'assicurazione o decidere di non instaurare il rapporto assicurativo ai sensi della normativa sugli adempimenti degli obblighi di adeguata verifica della clientela in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo (Regolamento IVASS n. 5/2014).**

**CHI PUO' ADERIRE ALLA POLIZZA COLLETTIVA E DIVENTARE IL SOGGETTO ASSICURATO?
QUALI SONO LE MODALITA' ASSUNTIVE DEL RISCHIO?**

Art. 3 – Persone assicurabili e modalità assuntive del rischio

1. Fermo restando quanto previsto al successivo comma 3 sulle modalità di assunzione medica del rischio da parte della Società, è assicurabile ciascuna persona fisica che abbia tutti i seguenti requisiti di assicurabilità:
- a) abbia stipulato un Mutuo con il Contraente o sia di esso co-intestatario, di durata massima pari a 30 anni e di importo massimo pari ad €1.000.000,00;
 - b) svolga, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'attività lavorativa indicata nella tabella di cui all'Art. 1.3 a seconda del Pacchetto scelto;
 - c) alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione sia di età compresa tra i 18 ed i 65 anni compiuti e sia di età tale per cui, alla data di scadenza del Mutuo, non abbia compiuto i 75 anni di età;
 - d) sia residente in Italia.
2. In riferimento ad un medesimo Mutuo, in caso di più cointestatari, è possibile assicurare:
- a) un solo ed unico intestatario del Mutuo, per l'intero, con Capitale Assicurato Iniziale pari al 100% dell'importo di Mutuo erogato; oppure, in alternativa
 - b) due intestatari del Mutuo, pro-quota al 50%. **In tal caso, ogni singolo Assicurato dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione ed espletare le formalità di ammissione all'assicurazione come previsto al successivo comma 3, e:**
 - i. **il Capitale Assicurato Iniziale si intende assicurato, per ciascuno di essi, in modalità pro-quota al 50%; il Premio dovuto per ciascun Assicurato sarà calcolato per ognuno sul 50% del Capitale Assicurato Iniziale;**
 - ii. **in caso di Sinistro occorso ad uno di essi, le prestazioni assicurative (sia di Debito Residuo che di Rata) saranno corrisposte pro-quota al 50%.**
3. Ai fini dell'assunzione del rischio, e sempre come condizione di assicurabilità, la Società richiede a ciascun Assicurato, alternativamente, secondo quanto evidenziato dalla Tabella Assuntiva sottoriportata:
- a) di compilare un Questionario Medico: in tal caso, è assicurabile il soggetto che risponde "NO" a tutte le domande del Questionario Medico;
 - b) oppure di fornire il Rapporto Visita Medica ed altri esami medici secondo le indicazioni sotto riportate:

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE (per testa)	ETA' ADERENTE/ASSICURATO ALL'ADESIONE	FORMALITA' DI AMMISSIONE
Fino a € 200.000,00	Fino a 55 anni NON compiuti	Questionario Medico
	Oltre i 55 anni compiuti	Rapporto Visita Medica
Oltre € 200.000,00 e fino a € 400.000,00	Ininfluyente	Rapporto Visita Medica
Oltre € 400.000,00 e fino a €1.000.000,00	Ininfluyente	Rapporto Visita Medica + gli altri esami ed accertamenti ivi indicati richiesti dalla compagnia
<i>Le spese relative al Rapporto Visita Medica ed agli accertamenti medici sono a totale carico dell'Aderente</i>		

4. Nel caso di due Assicurati, il Capitale Assicurato Iniziale da considerare per ciascun Assicurato – ai fini della TABELLA ASSUNTIVA sopra indicata – sarà pari al 50% dell'importo del Mutuo.

5. La Società, relativamente ai casi di assunzione del rischio con Rapporto Visita Medica, si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria prodotta, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'ammissione in copertura dell'Aderente. La Società si impegna a comunicare all'Aderente, per il tramite del Contraente, l'accettazione o il rifiuto del rischio, tempestivamente e comunque entro cinque giorni lavorativi dalla data di ricevimento della documentazione sanitaria completa.

6. La documentazione del Rapporto Visita Medica deve essere inviata in busta chiusa alla Società al seguente indirizzo: FINANCIAL ASSURANCE COMPANY LIMITED - Ufficio Underwriting Medico - Financial Assurance

Company Limited – Via San Gregorio, 34 – 20124 Milano, oppure via e-mail all'indirizzo clp.it.sinistri@partners.axa.

7. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Questionario Medico / Rapporto di Visita Medica e la data di erogazione del Mutuo intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato tali da modificare la veridicità delle dichiarazioni già rese, l'Assicurato stesso è tenuto a darne tempestiva comunicazione alla Società al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste (ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del codice civile).

COME SI PAGA IL PREMIO ALLE SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE? QUANTO COSTA L'ASSICURAZIONE?

Art. 4 – Premio

Per ciascun Aderente/Assicurato è previsto un Premio unico ed anticipato per l'intera durata dell'assicurazione come segue:

- a) **all'adesione (tutte le coperture),**
 - **in caso di Mutuo 1[^]-2[^] casa o Mutuo Sostituzione o Mutuo Liquidità:** l'importo del Premio unico anticipato è sempre finanziato dal Contraente all'Aderente/Assicurato con il contratto di Mutuo. Il Contraente trattiene il Premio dall'importo erogato con il Mutuo, lo incassa nella propria qualità di Intermediario, e lo versa alla Società;
 - **in caso di Mutuo Surroga:** l'importo del Premio unico anticipato non è mai finanziato e viene corrisposto dall'Aderente/Assicurato al Contraente - che lo incassa nella propria qualità di Intermediario e lo versa alla Società - con le seguenti modalità: tramite addebito diretto in conto corrente (in caso di addebito delle rate del Mutuo su conto corrente Fineco) oppure tramite bonifico o assegno (in caso di addebito delle rate del Mutuo su altro conto corrente);
- b) **in riferimento agli eventuali rinnovi annuali, dopo il 10° anno, delle Garanzie Lavoro:** il Premio annuale (calcolato alle medesime condizioni originarie) viene corrisposto dall'Aderente/Assicurato al Contraente - che lo incassa nella propria qualità di Intermediario e lo versa alla Società - con le seguenti modalità: tramite addebito diretto in conto corrente (in caso di addebito delle rate del Mutuo su conto corrente Fineco) oppure tramite bonifico o assegno (in caso di addebito delle rate del Mutuo su altro conto corrente).

2. Il Premio per ogni Aderente/Assicurato, per tutte le garanzie assicurative presenti a seconda del Pacchetto scelto, viene calcolato dalla Società in funzione dell'età dell'Aderente/Assicurato, della durata dell'assicurazione e del Capitale Assicurato Iniziale.

3. L'ammontare del Premio è indicato nel Modulo di Adesione.

QUANDO INIZIA, QUANTO DURA E QUANDO CESSA L'ASSICURAZIONE?

Art. 5 – Decorrenza, durata e cessazione anticipata dell'assicurazione

1. **Fatto salvo il Periodo di Carenza laddove previsto**, per ciascun Aderente/Assicurato l'assicurazione decorre, a condizione che l'Aderente/Assicurato sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e sia stato pagato il relativo Premio, dalle ore 24:00 della data di erogazione del Mutuo.

2. In base alle garanzie presenti all'interno del Pacchetto scelto, per ciascun Aderente/Assicurato l'assicurazione ha una durata così come indicata nella sottostante tabella:

Garanzie Base	Pacchetto	Durata
Decesso	Tutti i Pacchetti (1-2-3)	Pari alla durata del Mutuo (massimo 30anni)
Invalità Totale Permanente da Infortunio e Malattia	Tutti i Pacchetti (1-2-3)	Pari alla durata del Mutuo (massimo 30 anni)
Garanzie Lavoro	Pacchetto	Durata

Perdita di Impiego Involontaria	Pacchetto 1	10 anni + eventuali rinnovi annuali, salvo disdetta
Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia	Pacchetto 2	10 anni + eventuali rinnovi annuali, salvo disdetta
Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia	Pacchetto 3	10 anni + eventuali rinnovi annuali, salvo disdetta

3. Qualora il contratto di Mutuo avesse durata superiore ai 10 anni, a tale scadenza le Garanzie Lavoro (come incluse nel Pacchetto scelto) saranno tacitamente rinnovate di anno in anno – **sino alla data di scadenza del Mutuo** – alle medesime condizioni originarie, fatta salva la facoltà di disdetta da parte dell’Aderente/Assicurato e della Società con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale. L’Aderente/Assicurato è tenuto ad inviare la disdetta mediante lettera raccomandata a.r. indirizzata al Contraente al seguente indirizzo: *FinecoBank S.p.A. – Middle Office Rete – Via Rivoluzione d’Ottobre 16, 42123 Reggio Emilia (RE)*. La Società è tenuta ad inviare la disdetta mediante lettera raccomandata a.r. indirizzata all’indirizzo di residenza o domicilio dell’Aderente/Assicurato.

4. Ai fini del primo rinnovo delle Garanzie Lavoro, il Contraente, entro 90 giorni dalla scadenza decennale dell’assicurazione, sottoporrà comunque all’Aderente/Assicurato un avviso di pagamento del Premio annuale di rinnovo per le Garanzie Lavoro, garantendo sin d’ora il rinnovo annuale di tali coperture per l’11° anno di durata del mutuo. **In caso di pagamento del Premio di rinnovo annuale entro 30 giorni dalla scadenza decennale le Garanzie Lavoro si intendono rinnovate annualmente, altrimenti le stesse sono risolte di diritto, senza ulteriori possibilità di rinnovo.** Tale termine di tolleranza si applica anche in riferimento alle successive annualità di durata del contratto.

5. **L’assicurazione cessa comunque, anche prima della sua naturale scadenza:**

- a) **in caso di esercizio del diritto di recesso, nei casi di cui Art. 6;**
- b) **in caso di cambiamento dell’attività lavorativa dell’Aderente/Assicurato, nei casi di cui all’Art. 7 e con limitato ed esclusivo riferimento alle Garanzie Lavoro;**
- c) **in caso di trasferimento, surroga, accollo o anticipata estinzione totale del Mutuo, nei casi di cui all’Art. 8.1 (salvo che l’Aderente richieda la continuazione dell’assicurazione).**

QUANDO E COME SI PUO’ REVOCARE L’ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA O RECEDERE DALL’ASSICURAZIONE?

Art. 6 – Revoca dell’adesione alla Polizza Collettiva - Diritto di recesso dell’Aderente/Assicurato

1. Nella fase che precede l’entrata in vigore della copertura assicurativa (cioè sino alla data di erogazione del Mutuo), l’Aderente/Assicurato ha sempre facoltà di revocare la propria adesione alla Polizza Collettiva effettuata attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione, mediante comunicazione al Contraente per il tramite del proprio numero verde 800.88.55.11 o via fax al nr. 02-87152739.

2. Una volta entrata in vigore l’assicurazione, l’Aderente/Assicurato può recedere dal contratto:

- a) **entro il termine di 60 giorni dalla decorrenza dell’assicurazione.** In tal caso, l’assicurazione si intende come mai entrata in vigore ed il Contraente provvederà a rimborsare l’importo di Premio eventualmente già versato (al netto delle imposte).
- b) **annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all’annualità in scadenza.** Tale diritto di recesso è esercitabile in riferimento a tutte le coperture oppure con limitato riferimento alle Garanzie Lavoro. In tal caso, l’assicurazione cessa alla successiva scadenza annuale e all’Aderente/Assicurato verrà restituita la parte di premio relativa alle annualità pagate e non godute (applicando la formula di rimborso di cui all’Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione).

4. In caso di due Assicurati pro-quota ai sensi del precedente Art. 3.2, i diritti di recesso di cui alla presente clausola valgono in riferimento a ciascuno di essi in modo disgiunto.

5. L’Aderente/Assicurato è tenuto ad esercitare i diritti di recesso di cui alla presente clausola mediante invio di una lettera raccomandata a.r. indirizzata al Contraente al seguente indirizzo: *FinecoBank S.p.A. – Middle Office Rete – Via Rivoluzione d’Ottobre 16, 42123 Reggio Emilia (RE)*.

6. I rimborsi di Premio saranno effettuati dal Contraente mediante corrispondente riduzione della rata del Mutuo (in caso di Premio finanziato) oppure mediante accredito in conto corrente (in caso di Premio non finanziato).

COSA FARE IN CASO DI PERDITA DELLO STATUS LAVORATIVO IN CORSO DI POLIZZA?

Art. 7 – Cambiamento di attività lavorativa dell’Aderente/Assicurato

1. Nel caso in cui l’Aderente/Assicurato, durante il periodo di validità dell’assicurazione, cambi la propria attività lavorativa perdendo lo status lavorativo originario utile per il relativo Pacchetto, si applica quanto segue:

GARANZIE BASE

Con riferimento alle Garanzie Base, il cambiamento di attività lavorativa dell’Assicurato nel corso del periodo di validità dell’Assicurazione, ancorché non comunicato alla Società, non pregiudica in caso di Sinistro, il diritto al pagamento dell’Indennizzo.

GARANZIE LAVORO

Con riferimento alle Garanzie Lavoro incluse nei Pacchetti 2 e 3, il cambiamento di attività lavorativa dell’Assicurato nel corso del periodo di validità dell’Assicurazione, ancorché non comunicato alla Società, non pregiudica in caso di Sinistro, il diritto al pagamento dell’Indennizzo della Garanzia Lavoro attivata originariamente.

Con riferimento alla Garanzia Lavoro inclusa nel Pacchetto 1 (Perdita d’Impiego Involontaria), tale Garanzia Lavoro non sarà comunque più operante, salvo che l’Assicurato riacquisti lo status di Lavoratore Dipendente Privato.

2. **L’Aderente/Assicurato ha comunque altresì la facoltà di comunicare il cambiamento di attività lavorativa all’Intermediario** (fornendo prova della perdita del proprio status lavorativo), **richiedendo la cessazione della sola Garanzia Lavoro**, inviando apposita comunicazione scritta al seguente indirizzo: *FinecoBank S.p.A. – Middle Office Rete – Via Rivoluzione d’Ottobre 16, 42123 Reggio Emilia (RE)*. In tal caso la Garanzia Lavoro, come presente in ciascun Pacchetto attivato, cessa a decorrere dalle ore 24:00 della data di ricezione della comunicazione da parte dell’Intermediario, che provvederà al rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto delle imposte di legge, applicando (limitatamente alla sola Garanzia Lavoro cessata) la formula di rimborso indicata nell’Allegato 1 alle presenti condizioni di assicurazione.

3. I rimborsi di Premio saranno effettuati dal Contraente mediante corrispondente riduzione della rata del Mutuo (in caso di Premio finanziato) oppure mediante accredito in conto corrente (in caso di Premio non finanziato).

COSA SUCCEDA IN CASO DI ANTICIPATA ESTINZIONE (TOTALE O PARZIALE), SURROGA, ACCOLLO O RIFINANZIAMENTO DEL MUTUO?

Art. 8 – Estinzione anticipata / surroga / accollo / rifinanziamento del Mutuo – Diritti dell’Aderente/Assicurato

Estinzione anticipata totale

1. Nel caso di estinzione anticipata totale o accollo del Mutuo rispetto la data di scadenza originaria, oppure di trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest’ultimo, l’assicurazione cesserà a decorrere dalle ore 24:00 della data di estinzione o surroga o accollo ed il Contraente provvederà al rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto delle imposte di legge, applicando la formula di rimborso indicata nell’Allegato 1 alle presenti condizioni di assicurazione. I rimborsi di Premio saranno effettuati dal Contraente mediante storno dal debito residuo in linea capitale del Mutuo (in caso di Premio finanziato) oppure mediante accredito in conto corrente (in caso di Premio non finanziato).

L'Aderente/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 del Mutuo. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto alla Società tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata oppure di surroga od accollo del Mutuo.

Estinzione anticipata parziale

2. In caso di anticipata estinzione parziale del Mutuo:

- a) la Società rimborserà all'Aderente/Assicurato, per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo intercorrente tra la data di estinzione anticipata parziale del Mutuo e la data di scadenza dell'assicurazione, nella misura corrispondente alla quota estinta di Mutuo, applicando la formula di rimborso indicata nell'Allegato 1 alle presenti condizioni di assicurazione. Il rimborso sarà effettuato dal Contraente mediante rimborso diretto sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato, a mezzo bonifico bancario.
- b) la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni dovute (cioè gli Indennizzi di Debito Residuo e di Rata) nella misura corrispondente alla quota estinta di Mutuo, e pertanto, in caso di Sinistro, il Debito Residuo o le Rate mensili indennizzate saranno quelle risultanti dal piano di ammortamento esistente alla data del Sinistro, come modificato a seguito della avvenuta estinzione parziale del Mutuo.

3. **L'Aderente/Assicurato potrà in ogni momento contattare il Contraente al fine di ottenere il calcolo del premio rimborsabile in caso di estinzione anticipata.**

4. Nel caso di rifinanziamento del Mutuo, l'assicurazione resta in vigore e, in caso di Sinistro, ogni Indennizzo verrà comunque calcolato sulla base del piano di ammortamento originale del Mutuo (come se il rifinanziamento non fosse mai avvenuto).

5. In caso di due Assicurati pro-quota ai sensi del precedente Art. 3.2, i diritti di recesso di cui alla presente clausola valgono in riferimento a ciascuno di essi in modo disgiunto.

COME SI DENUNCIA UN SINISTRO? COME SI PRESENTA UN RECLAMO?

Art. 9 – Denuncia dei Sinistri e reclami

1. In caso di Sinistro, è necessario darne comunicazione scritta alla Società nel più breve tempo possibile. Le denunce di Sinistro vanno inviate con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	Financial Insurance Company Limited Financial Assurance Company Limited Ufficio Sinistri – Via San Gregorio, 34 – 20124 Milano
Via Fax	02-23331247
Via e-mail	clp.it.sinistri@partners.axa
Via WEB (garanzie Perdita d'Impiego Involontaria ed Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia)	http://clp.partners.axa/it/sinistro

2. La denuncia di Sinistro può essere effettuata anche utilizzando un apposito modulo di denuncia sinistro messo a disposizione dalla Società; tale modulo è reperibile contattando il Servizio Clienti telefonico della Società al numero telefonico di cui al successivo Art. 17, oppure scaricabile dal sito internet delle Società (<http://clp.partners.axa/it/sinistro>).

3. I Beneficiari, ai fini della liquidazione dell'Indennizzo, dovranno presentare alla Società tutta la documentazione richiesta, elencata, per ogni specifica copertura, nelle relativa sezione delle condizioni particolari di assicurazione che seguono.

4. In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

5. L'Aderente/Assicurato:

- a) libera dal segreto professionale, riguardo agli eventi oggetto di Sinistro, i medici che l'hanno visitato o curato, autorizzandoli a fornire alla Società tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal presente contratto;
- b) autorizza il proprio datore di lavoro a fornire alla Società tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal presente contratto (solo in riferimento alla garanzia Perdita d'Impiego Involontaria).

6. Per le modalità di presentazione dei reclami alle Società, all'Intermediario ed ad IVASS si rinvia alla informativa contenuta in Nota Informativa (par. 18).

A CHI VIENE PAGATO L'INDENNIZZO IN CASO DI SINISTRO?

Art. 10 – Pagamento dell'Indennizzo – Beneficiario

1. In caso di Sinistro per Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea, Perdita d'Impiego Involontaria e Ricovero Ospedaliero la Società – qualora tale Sinistro sia indennizzabile in base alle presenti Condizioni di Assicurazione – liquiderà direttamente all'Aderente/Assicurato (Beneficiario) la relativa prestazione assicurativa prevista.

2. In riferimento alla garanzia Decesso, Beneficiario dell'Indennizzo sono gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Aderente/Assicurato, come indicato nel Modulo di Adesione. In difetto di designazione, Beneficiari saranno gli eredi dell'Aderente/Assicurato in parti uguali. Si precisa che l'Aderente/Assicurato può in qualsiasi momento modificare la designazione comunicandola per iscritto alla Società o con testamento nel quale venga chiaramente evidenziato il riferimento al presente contratto di assicurazione.

3. La designazione del Beneficiario non può essere modificata nei seguenti casi:

- a) dopo che l'Aderente/Assicurato e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente: (i) la rinuncia al diritto di revoca della designazione in precedenza effettuata; (ii) l'accettazione del beneficio;
- b) dopo la morte dell'Aderente/Assicurato;
- c) dopo che, verificatosi il Decesso dell'Aderente/Assicurato, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi qualsiasi variazione al contratto che abbia riflesso sui diritti del Beneficiario richiede l'assenso scritto di quest'ultimo.

4. Per effetto della designazione il Beneficiario acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione; le somme corrispostegli a seguito del Decesso dell'Aderente/Assicurato non rientrano pertanto nell'asse ereditario.

5. La Società provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro trenta giorni dalla ricezione della documentazione di Sinistro completa.

6. **In ogni caso, la Società non potrà procedere alla liquidazione di alcun Indennizzo fintanto che non avrà completato la verifica dei dati sul cliente, sul beneficiario e sugli eventuali esecutori / titolari effettivi.**

ALTRE NORME GENERALI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Art. 11 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

1. **Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese dall'Aderente/Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva, possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.**

2. **Se la Società, in occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della compilazione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto (ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 c.c.).**

3. **Il contratto di Assicurazione è nullo nei seguenti casi:**

- a) se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- b) se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c. (assicurazioni danni);
- c) nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

Art. 12 – Oneri fiscali

Le imposte e le tasse relative o discendenti dal contratto di assicurazione sono a carico del soggetto che sostiene l'onere del pagamento del Premio o dei Beneficiari ed aventi diritto, così come previsto dalla normativa fiscale vigente.

Art. 13 – Legislazione applicabile

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

Art. 14 – Foro competente

Per qualsiasi controversia che dovesse sorgere tra, da una parte, la Società e/o il Contraente e, dall'altra parte, l'Aderente/Assicurato, ivi comprese quelle relative alla loro interpretazione, esecuzione, validità e risoluzione, sarà competente in via esclusiva il foro di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato.

Art. 15 – Prescrizione dei diritti

1. I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono:

- a) in dieci anni in riferimento alle garanzie prestate da Financial Assurance Company Limited;
- b) in due anni in riferimento alla garanzia prestata da Financial Insurance Company Limited.

2. I termini di prescrizione decorrono dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ex art. 2952 c.c. Qualora, entro detti termini, la Società non riceverà alcuna richiesta dai soggetti legittimati, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione non possono più essere esercitati.

Art. 16 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 17 – Servizio Clienti

SERVIZIO CLIENTI

L'Aderente/Assicurato o gli aventi causa possono richiedere alla Società informazioni sul presente contratto di assicurazione:

- telefonando al **Numero 02/6737151**, operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 ore 18.00 (festivi esclusi); oppure
- scrivendo una e-mail all'indirizzo clp.it.sinistri@partners.axa

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER CIASCUNA GARANZIA

SEZIONE A – GARANZIA BASE

GARANZIA DECESSO

Garanzia operante per tutti gli Assicurati e presente in tutti i Pacchetti

RISCHIO ASSICURATO

Art. 18 – Rischio assicurato

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Decesso si intende la morte dell'Assicurato.

QUANDO NON OPERA L'ASSICURAZIONE?

Art. 19 – Periodo di Carenza

La garanzia non prevede alcun Periodo di Carenza.

COSA VIENE INDENNIZZATO IN CASO DI SINISTRO?

Art. 20 – Indennizzo

1. La Società indennizza il Debito Residuo del Mutuo quale risulta alla Data del Sinistro. In caso di 2 Assicurati pro-quota tale prestazione è corrisposta al 50%.

2. Ai fini del calcolo dell'Indennizzo:

- a) per **Debito Residuo** si intende il debito residuo del Mutuo in linea capitale esistente alla Data del Sinistro, calcolato in base al piano di ammortamento originale concordato al momento della stipula del Mutuo oppure, in caso di estinzione parziale del Mutuo con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro. **Si precisa che sono esclusi dal calcolo gli interessi, nonché qualsiasi importo dovuto al Contraente in base al Mutuo a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.);**
- b) per **Data del Sinistro** si intende la data di decesso dell'Assicurato.

QUAL E' L'AMMONTARE MASSIMO DELL'INDENNIZZO?

Art. 21 – Massimale di Indennizzo

1. L'Indennizzo è soggetto ad un massimale di €1.000.000,00 per Aderente/Assicurato.

2. Il massimale suddetto si applica cumulativamente a tutti i Mutui e per tutte le assicurazioni stipulate da uno stesso Aderente/Assicurato a protezione dei Mutui stipulati col Contraente. Pertanto, anche in caso di pluralità di adesioni alla Polizza Collettiva, da parte di un medesimo soggetto che ha stipulato più Mutui, l'importo massimo versato dalla Società non potrà mai superare il massimale.

QUALI SONO I CASI DI DECESSO NON COPERTI DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 22 – Esclusioni

L'assicurazione non opera, ed è quindi escluso ogni obbligo di pagamento dell'Indennizzo, in caso di Sinistro causato da:

- a) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- b) malattie tropicali o epidemiche;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
- d) suicidio entro i primi 12 mesi dalla data di decorrenza dell'assicurazione;
- e) abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- f) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- g) interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali;
- h) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente;

- i) **pratica dei seguenti sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, deltaplano, immersioni subacquee, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto dal trampolino, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;**
- j) **malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress);**
- k) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica;**
- l) **guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno); partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra.**

QUALE DOCUMENTAZIONE SI DEVE PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO?

Art. 23 – Documentazione da presentare in caso di Sinistro

1. In caso di Sinistro, deve essere inviata alla Società – ai recapiti di cui al precedente Art. 9 – tutta la seguente documentazione – IN COPIA – necessaria per accertare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento dell'Indennizzo e l'identificazione degli aventi diritto:

- a) documento di identità di tutti i Beneficiari designati in vita dall'Assicurato o degli eredi (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- b) certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso;
- c) relazione medica attestante le cause del decesso;
- d) al fine di permettere alla Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento alla data di stipula del Mutuo (reperibile anche presso il Contraente), con evidenza del capitale residuo al momento del Sinistro;
- e) al fine di permettere alla Società l'esatta identificazione dell'avente o degli aventi diritto all'Indennizzo: (i) Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà, rilasciata di fronte ad un Ufficiale di Stato Civile con firma autenticata, in cui risulti se l'Assicurato deceduto abbia lasciato testamento o meno, e nel quale siano indicati l'elenco dei suoi eredi, la loro data di nascita e capacità di agire, nonché il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi oltre a quelli indicati); (ii) inoltre, solo se l'Assicurato deceduto ha lasciato testamento: copia autentica del testamento pubblicato;

Inoltre, solo in caso di decesso da infortunio/incidente stradale/omicidio/suicidio

- f) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

2. La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge (es.: obblighi di adeguata verifica antiriciclaggio; provvedimento di autorizzazione del Giudice Tutelare, che legittimi la ricezione da parte di terzo soggetto, dell'indennizzo spettante ad un erede minorenni o incapace; etc.).

COSA E' POSSIBILE FARE IN CASO DI CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA?

Art. 24 – Ricorso all'arbitrato per le controversie di natura medica

1. In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
2. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.
3. Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

SEZIONE B – GARANZIA BASE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA *Garanzia operante per tutti gli Assicurati e presente in tutti i Pacchetti*

RISCHIO ASSICURATO

Art. 25 – Rischio assicurato

1. Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia si intende la perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Aderente/Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili.
2. L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione quando:
 - i. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Aderente/Assicurato **sia pari o superiore al 60%** secondo quanto previsto dall'Allegato 1 ("Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA") del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;
 - ii. **la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.**

QUANDO NON OPERA L'ASSICURAZIONE?

Art. 26 – Periodo di Carenza

La garanzia non prevede alcun Periodo di Carenza.

COSA VIENE INDENNIZZATO IN CASO DI SINISTRO?

Art. 27 – Indennizzo

1. La Società indennizza il Debito Residuo del Mutuo quale risulta alla Data del Sinistro. In caso di 2 Assicurati pro-quota tale prestazione è corrisposta al 50%.

Condizioni di Assicurazione

2. Ai fini del calcolo dell'Indennizzo:

- a) per **Debito Residuo** si intende il debito residuo del Mutuo in linea capitale esistente alla Data del Sinistro, calcolato in base al piano di ammortamento originale concordato al momento della stipula del Mutuo oppure, in caso di estinzione parziale del Mutuo con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro. **Si precisa che:**
 - a. sono esclusi dal calcolo gli interessi, nonché qualsiasi importo dovuto al Contraente in base al Mutuo a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.);
 - b. in riferimento ai Pacchetti 2 e 3, sono altresì esclusi dal calcolo del Debito Residuo le Rate eventualmente già indennizzate per il caso di Inabilità Totale Temporanea o Ricovero Ospedaliero relative al medesimo periodo temporale.
- b) per **Data del Sinistro** si intende:
 - i. **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** la data di accadimento dell'Infortunio;
 - ii. **Invalidità Totale Permanente da Malattia:** la data di presentazione della domanda di invalidità all'azienda sanitaria locale o altra autorità competente.

QUAL E' L'AMMONTARE MASSIMO DELL'INDENNIZZO?

Art. 28 – Massimale di Indennizzo

1. L'Indennizzo è soggetto ad un massimale di €1.000.000,00 per Aderente/Assicurato.

2. Il massimale suddetto si applica cumulativamente a tutti i Mutui e per tutte le assicurazioni stipulate da uno stesso Aderente/Assicurato a protezione dei Mutui stipulati col Contraente. Pertanto, anche in caso di pluralità di adesioni alla Polizza Collettiva, da parte di un medesimo Aderente/Assicurato che ha stipulato più Mutui, l'importo massimo versato dalla Società non potrà mai superare il massimale.

QUALI SONO I CASI DI INVALIDITA' NON COPERTI DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 29 – Esclusioni

L'assicurazione non opera, ed è quindi escluso ogni obbligo di pagamento dell'Indennizzo, in caso di Sinistro causato da:

- a) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- b) malattie tropicali o epidemiche;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
- d) abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- e) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- f) interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali;
- g) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- h) pratica dei seguenti sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, deltaplano, immersioni subacquee, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto dal trampolino, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
- i) malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress);
- j) lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;

- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica;
- l) guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno); partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra.

QUALE DOCUMENTAZIONE SI DEVE PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO?

Art. 30 – Documentazione da presentare in caso di Sinistro

1. In caso di Sinistro, deve essere inviata alla Società - ai recapiti di cui al precedente Art. 9 - COPIA della seguente documentazione:

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- b) al fine di permettere alla Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento alla data di stipula del Mutuo (reperibile anche presso il Contraente), con evidenza del capitale residuo al momento del Sinistro;
- c) relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti);
Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio / incidente stradale
- d) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

2. La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge (es.: obblighi di adeguata verifica antiriciclaggio).

COSA E' POSSIBILE FARE IN CASO DI CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA?

Art. 31 – Ricorso all'arbitrato per le controversie di natura medica

1. In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

2. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

3. Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

SEZIONE C – GARANZIA LAVORO
INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA
(Garanzia operante solo per i Lavoratori Autonomi e per i Lavoratori Dipendenti Pubblici)
PACCHETTO 2

RISCHIO ASSICURATO

Art. 32 – Rischio assicurato

1. Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si intende la perdita totale, in via temporanea, delle capacità dell'Assicurato (che sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico) di attendere alla propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.
2. Qualora l'Assicurato abbia perso lo status di Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico, sia diventato Non Lavoratore ma abbia deciso comunque di lasciare in vigore la Garanzia Lavoro Inabilità Totale Temporanea (ai sensi dell'Art. 7.1), l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia sarà considerata sussistente (con diritto al percepimento dell'Indennizzo) in caso di perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito: nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi.

QUANDO NON OPERA L'ASSICURAZIONE?

Art. 33 – Periodo di Carenza

1. La garanzia Inabilità Totale Temporanea (se da Malattia) non è operante durante il **Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni**. Pertanto, se la Data del Sinistro cade durante il Periodo di Carenza, la Società non è tenuta al pagamento dell'Indennizzo.
2. Ai fini di tale clausola, per **"Data del Sinistro"** si intende il primo giorno di Inabilità Totale Temporanea da Malattia dell'Aderente/Assicurato, come risultante da certificazione medica attestante la stessa.

**QUANTO DEVE DURARE L'INABILITA' TOTALE TEMPORANEA
PER AVERE DIRITTO AL PRIMO INDENNIZZO?**

Art. 34 – Periodo di Franchigia

La garanzia è soggetta ad un **Periodo di Franchigia pari a 30 giorni**. Pertanto, in caso di Sinistro, il primo Indennizzo (pari ad una Rata) è corrisposto soltanto nel caso in cui lo stato di Inabilità Totale Temporanea perduri per almeno 30 giorni dalla Data del Sinistro.

**COSA VIENE INDENNIZZATO IN CASO DI SINISTRO?
QUALI PERIODI DI INABILITA' TOTALE TEMPORANEA SONO COPERTI?**

Art. 35 – Indennizzo

1. Qualora l'Inabilità Totale Temporanea perduri oltre la scadenza del Periodo di Franchigia, alla scadenza di tale Periodo di Franchigia la Società indennizza una Rata del Mutuo, comprensiva di capitale e interessi, quale risulta dal piano di ammortamento originale oppure, in caso di estinzione parziale del Mutuo con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro. In caso di 2 Assicurati pro-quota tale prestazione è corrisposta al 50%.
2. La Società indennizza un'ulteriore Rata del Mutuo per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea che persiste nel corso della durata di efficacia dell'assicurazione.

QUAL E' L'AMMONTARE MASSIMO DELL'INDENNIZZO ED I SUOI LIMITI?

Art. 36 – Massimali e limiti di Indennizzo

1. All'Indennizzo si applicano i seguenti massimali:

- a) massimo €3.500,00 per ogni Rata indennizzata;
- b) massimo 12 Rate consecutive indennizzate per ciascun Sinistro;
- c) massimo 36 Rate indennizzate in totale nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, in caso di più Sinistri successivi per Inabilità Totale Temporanea.

2. I massimali suddetti si applicano cumulativamente a tutti i Mutui e per tutte le assicurazioni stipulate da uno stesso Aderente/Assicurato a protezione dei Mutui stipulati col Contraente, pendenti alla data del Sinistro. Pertanto, anche in caso di pluralità di adesioni alla Polizza Collettiva, da parte di un medesimo soggetto che ha stipulato più Mutui, l'importo massimo versato dalla Società per ciascun periodo di 30 giorni di Inabilità Totale Temporanea ed il numero massimo di Rate indennizzate non potrà superare il massimale.

QUALI PERIODI DI INABILITA' NON SONO INDENNIZZABILI?

Art. 37 – Periodi di Inabilità Totale Temporanea non indennizzabili

Non sono indennizzabili i periodi di Inabilità Totale Temporanea successivi alla data di cessazione dell'assicurazione:

- a) per naturale scadenza delle garanzie;
- b) a seguito del diritto di recesso dalla Polizza Collettiva;
- c) a seguito di anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Mutuo;
- d) per qualsiasi altra causa.

QUALI SONO I CASI DI INABILITA' TOTALE TEMPORANEA NON COPERTI DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 38 – Esclusioni

1. L'assicurazione non opera, ed è quindi escluso ogni obbligo di pagamento dell'Indennizzo, qualora l'Infortunio o la Malattia che genera lo stato di Inabilità Totale Temporanea siano causati da:

- a) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- b) malattie tropicali o epidemiche;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
- d) abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- e) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- f) interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali;
- g) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- h) pratica dei seguenti sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, deltaplano, immersioni subacquee, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto dal trampolino, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
- i) malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress);
- j) lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;

- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica;
- l) guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno); partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra.

SI POSSONO DENUNCIARE PIU' SINISTRI PER INABILITA' TOTALE TEMPORANEA?

Art. 39 – Denunce successive di Sinistri – Periodo di Riqualificazione

1. E' possibile denunciare più Sinistri per Inabilità Totale Temporanea nel corso della durata dell'assicurazione. **Tuttavia, dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea i Sinistri successivi saranno indennizzabili a condizione che sia trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a:**

- **30 giorni consecutivi (se il nuovo Sinistro è dovuto ad un/a diverso/a Infortunio/Malattia del precedente), ovvero**
- **90 giorni consecutivi (se il nuovo Sinistro è dovuto allo/a stesso/a Infortunio/Malattia del Sinistro precedente).**

2. Il Periodo di Riqualificazione decorre dal termine del Sinistro precedente (inteso come ultimo giorno di Inabilità Totale Temporanea).

QUALE DOCUMENTAZIONE SI DEVE PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO E IN CASO DI PERSISTENZA DELLO STATO DI INABILITA' TOTALE TEMPORANEA?

Art. 40 – Documentazione da presentare in caso di Sinistro

1. In caso di Sinistro, deve essere inviata alle Società – ai recapiti di cui al precedente Art. 9 – COPIA della seguente documentazione:

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- b) al fine di permettere alle Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento alla data di stipula del Mutuo (reperibile anche presso il Contraente), con evidenza delle Rate dovute;
- c) certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la causa, la data di inizio e la data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Totale Temporanea al lavoro;

Inoltre, solo in caso di inabilità da infortunio (compreso incidente stradale)

- d) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

2. Qualora lo stato di inabilità si protragga per ulteriori 15 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo indennizzabile di inabilità, l'Assicurato è tenuto inoltre ad inviare alla Società - ai recapiti di cui al precedente Art. 9 - un certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la continuazione del periodo di inabilità.

3. La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge (es.: obblighi di adeguata verifica antiriciclaggio).

COSA E' POSSIBILE FARE IN CASO DI CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA?

Art. 41 – Ricorso all'arbitrato per le controversie di natura medica

1. In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

2. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

3. Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

SEZIONE D – GARANZIA LAVORO PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA (Garanzia operante solo per Lavoratori Dipendenti Privati) PACCHETTO 1

RISCHIO ASSICURATO

Art. 42 – Rischio assicurato

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Perdita d'Impiego Involontaria si intende la perdita – da parte dell'Assicurato – dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Aderente/Assicurato, che generi la cessazione del contratto di lavoro e lo stato di Disoccupazione. Per Disoccupazione si intende lo stato dell'Assicurato che:

- a) abbia cessato la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato per una durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali nello svolgimento di altra attività che generi un reddito o un guadagno; e
- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o percepisca un trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- c) non rifiuti irragionevolmente offerte di lavoro.

QUANDO NON OPERA L'ASSICURAZIONE?

Art. 43 – Periodo di Carenza

1. La garanzia non è operante durante il Periodo di Carenza iniziale di 90 giorni. Pertanto, se la Data del Sinistro cade durante il Periodo di Carenza, la Società non è tenuta al pagamento dell'Indennizzo.

2. Ai fini di tale clausola, per **Data del Sinistro** si intende la data di effetto del licenziamento o della messa in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

QUANTO DEVE DURARE LA DISOCCUPAZIONE PER AVERE DIRITTO AL PRIMO INDENNIZZO?

Art. 44 – Periodo di Franchigia

La garanzia è soggetta ad un **Periodo di Franchigia pari a 60 giorni**. Pertanto, in caso di Sinistro, il primo Indennizzo (pari ad una Rata) è corrisposto soltanto nel caso in cui, a seguito della Perdita d'Impiego Involontaria, la Disoccupazione perduri per almeno 60 giorni dalla Data del Sinistro.

COSA VIENE INDENNIZZATO CASO DI SINISTRO? QUALI PERIODI DI DISOCCUPAZIONE SONO COPERTI?

Art. 45 – Indennizzo

1. Qualora la Disoccupazione perduri oltre la scadenza del Periodo di Franchigia, alla scadenza di tale Periodo di Franchigia la Società indennizza una Rata del Mutuo, comprensiva di capitale e interessi, quale risulta dal piano di ammortamento originale oppure, in caso di estinzione parziale del Mutuo con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro. In caso di 2 Assicurati pro-quota tale prestazione è corrisposta al 50%.
2. La Società indennizza un'ulteriore Rata del Mutuo, per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione che persiste nel corso della durata di efficacia dell'assicurazione.
3. **Qualora l'Aderente/Assicurato, che sta ricevendo dalla Società il pagamento dell'Indennizzo per Perdita d'Impiego Involontaria, inizi un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente Privato con un contratto a tempo determinato di durata non superiore a tre mesi, dovrà informare tempestivamente per iscritto la Società. In tal caso il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto di lavoro e riprenderà al termine di questo, come continuazione del Sinistro iniziale, qualora persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i tre mesi.**

QUAL E' L'AMMONTARE MASSIMO DELL'INDENNIZZO?

Art. 46 – Massimali e limiti di Indennizzo

1. Fermo restando che non sono indennizzabili i periodi di Disoccupazione inferiori ai 30 giorni, all'Indennizzo si applicano i seguenti massimali:
 - a) massimo €3.500,00 per ogni Rata indennizzata;
 - b) massimo 12 Rate consecutive indennizzate, nel caso in cui per il medesimo Sinistro lo stato di Disoccupazione continui ininterrottamente e consecutivamente per più periodi di 30 giorni;
 - c) massimo 36 Rate indennizzate in totale nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, in caso di più Sinistri successivi per Perdita d'Impiego Involontaria.
2. I massimali suddetti si applicano cumulativamente a tutti i Mutui e per tutte le assicurazioni stipulate da uno stesso Aderente/Assicurato a protezione dei Mutui stipulati col Contraente, pendenti alla Data del Sinistro. Pertanto, anche in caso di pluralità di adesioni alla Polizza Collettiva, da parte di un medesimo soggetto che ha stipulato più Mutui, l'importo massimo versato dalla Società per ciascun periodo di 30 giorni di Disoccupazione ed il numero massimo di Rate indennizzate non potrà superare il massimale.

QUALI PERIODI DI DISOCCUPAZIONE NON SONO INDENNIZZABILI?

Art. 47 – Periodi di Disoccupazione non indennizzabili

1. Non sono indennizzabili i periodi di Disoccupazione successivi alla data di cessazione dell'assicurazione:
 - a) per naturale scadenza dell'assicurazione;
 - b) a seguito del diritto di recesso dalla Polizza Collettiva;
 - c) a seguito di anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Mutuo;
 - d) per qualsiasi altra causa.
2. In caso di Sinistro occorso a Lavoratori Dipendenti Privati assunti con contratto a tempo determinato, il diritto al percepimento dell'Indennizzo cessa alla data di scadenza del contratto di lavoro originariamente prevista e, conseguentemente, non verranno indennizzate le rate relative al periodo successivo

all'originaria data di scadenza del contratto di lavoro, anche in caso di persistenza, oltre tale data, della Disoccupazione.

QUALI SONO I CASI DI PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA NON COPERTI DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 48 – Esclusioni

1. L'assicurazione non opera, ed è quindi escluso ogni obbligo di pagamento dell'Indennizzo, nei seguenti casi:

- a) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo continuativo per i 6 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- b) la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo o disciplinare;
- c) la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento o dimissioni concordate e/o incentivate dal datore di lavoro;
- d) l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- e) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- f) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con il caso di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (caso per cui l'assicurazione è operante);
- g) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- h) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- i) se la perdita di impiego è dovuta a causa di una riorganizzazione aziendale o altre cause indipendenti dalla volontà dell'assicurato quali la risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di un accordo intercorso col datore di lavoro;
- j) se la perdita di Impiego è conseguenza della naturale scadenza di un termine apposto al contratto di lavoro.

SI POSSONO DENUNCIARE PIU' SINISTRI PER PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA?

Art. 49 – Denunce successive di Sinistri – Periodo di Riqualificazione

1. E' possibile denunciare più Sinistri per Perdita d'Impiego Involontaria nel corso della durata dell'assicurazione. I Sinistri successivi sono però indennizzabili a condizione che sia trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni. Pertanto, dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'Impiego Involontaria, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita d'Impiego Involontaria se non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione di 90 giorni consecutivi.

2. Il Periodo di Riqualificazione decorre dal termine del Sinistro precedente (inteso come ultimo giorno di Disoccupazione).

QUALE DOCUMENTAZIONE SI DEVE PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO E IN CASO DI PERSISTENZA DELLO STATO DI DISOCCUPAZIONE?

Art. 50 – Documentazione da presentare in caso di Sinistro

1. In caso di Sinistro, deve essere inviata alla Società – ai recapiti di cui al precedente Art. 9 – tutta la seguente documentazione – IN COPIA – necessaria per accertare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento dell'Indennizzo:

- a) documento di identità dell'Aderente/Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale

- b) al fine di permettere alla Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento alla data di stipula del Mutuo (reperibile anche presso il Contraente), con evidenza delle rate dovute
- c) scheda professionale, datata recentemente, rilasciata dal Centro per l'Impiego, contenente le seguenti informazioni:
- data di inizio e fine di tutti i lavori svolti
 - tipologia di contratto e numero di ore lavorative settimanali

Inoltre, solo in caso di perdita definitiva del posto di lavoro:

- d) lettera di licenziamento inviata dal datore di lavoro all'Aderente/Assicurato. Avvertenza – tale lettera deve essere datata, firmata e timbrata dal datore di lavoro e deve contenere la causa del licenziamento

Inoltre, solo In caso di messa in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (CIGS)

- e) prima lettera di messa in CIGS inviata dal datore di lavoro all'Aderente/Assicurato, che deve chiaramente indicare:
- nome e cognome dell'Aderente/Assicurato
 - l'effettiva tipologia di "Cassa Integrazione"
 - la data di inizio della CIGS e la relativa durata
 - copia del Prospetto INPS o copia del Foglio Presenze (Libro Unico del Lavoro), relativo all'effettivo periodo di CIGS goduta

2. Una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo per Disoccupazione, e qualora lo stato di Disoccupazione si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo indennizzabile Disoccupazione, l'Aderente/Assicurato è tenuto inoltre ad inviare alla Società – ai recapiti di cui al precedente Art. 9 – la scheda professionale rilasciata dal Centro per l'Impiego di cui sopra oppure, in alternativa, lo status occupazionale rilasciato dal Centro per l'Impiego.

SEZIONE E – GARANZIA LAVORO
RICOVERO OSPEDALIERO
(Garanzia operante solo per i Non Lavoratori)
PACCHETTO 3

RISCHIO ASSICURATO

Art. 51 – Rischio assicurato

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Ricovero Ospedaliero si intende la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.

QUANDO NON OPERA L'ASSICURAZIONE?

Art. 52 – Periodo di Carenza

1. La garanzia Ricovero Ospedaliero per Malattia non è operante durante il Periodo di Carenza iniziale di **30 giorni**. Pertanto, l'Indennizzo è corrisposto soltanto nel caso in cui la Data del Sinistro per Ricovero Ospedaliero per Malattia dell'Aderente/Assicurato sia successiva al Periodo di Carenza.
2. Ai fini di tale clausola, per "**Data del Sinistro**" si intende la data di primo giorno di ricovero in Istituto di Cura come risultante dalla documentazione medica.

QUANTO DEVE DURARE IL RICOVERO OSPEDALIERO PER AVERE DIRITTO AL PRIMO INDENNIZZO?

Art. 53 – Periodo di Franchigia

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Franchigia pari a 3 giorni. Pertanto, in caso di Sinistro, il primo Indennizzo (pari ad una Rata) è corrisposto soltanto nel caso in cui il Ricovero Ospedaliero perduri per almeno 3 giorni dalla Data del Sinistro.

COSA VIENE INDENNIZZATO IN CASO DI SINISTRO?

Art. 54 – Indennizzo

1. Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre la scadenza del Periodo di Franchigia, alla scadenza di tale Periodo di Franchigia la Società indennizza una Rata del Mutuo, comprensiva di capitale e interessi, quale risulta dal piano di ammortamento originale oppure, in caso di estinzione parziale del Mutuo con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro. In caso di 2 Assicurati pro-quota tale prestazione è corrisposta al 50%.

2. La Società indennizza un'ulteriore Rata del Mutuo per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero che persiste nel corso della durata di efficacia dell'assicurazione.

QUAL E' L'AMMONTARE MASSIMO DELL'INDENNIZZO ED I SUOI LIMITI?

Art. 55 – Massimali e limiti di Indennizzo

1. All'Indennizzo si applicano i seguenti massimali:

- a) massimo €3.500,00 per ogni Rata indennizzata;
- b) massimo 12 Rate consecutive indennizzate, nel caso in cui per il medesimo Sinistro il Ricovero Ospedaliero continui ininterrottamente e consecutivamente per più periodi di 30 giorni;
- c) massimo 36 Rate indennizzate in totale nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, in caso di più Sinistri successivi per Ricovero Ospedaliero.

2. I massimali suddetti si applicano cumulativamente a tutti i Mutui e per tutte le assicurazioni stipulate da uno stesso Aderente/Assicurato a protezione dei Mutui stipulati col Contraente, pendenti alla Data del Sinistro. Pertanto, anche in caso di pluralità di adesioni alla Polizza Collettiva, da parte di un medesimo soggetto che ha stipulato più Mutui, l'importo massimo versato dalla Società per ciascun periodo di 30 giorni di Ricovero Ospedaliero ed il numero massimo di Rate indennizzate non potrà superare il massimale.

QUALI PERIODI DI RICOVERO NON SONO INDENNIZZABILI?

Art. 56 – Periodi di Ricovero Ospedaliero non indennizzabili

Non sono indennizzabili i periodi di Ricovero Ospedaliero successivi alla data di cessazione dell'assicurazione:

- a) per naturale scadenza delle garanzie;
- b) a seguito del diritto di recesso dalla Polizza Collettiva;
- c) a seguito di anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Mutuo;
- d) per qualsiasi altra causa.

QUALI SONO I CASI DI RICOVERO OSPEDALIERO NON COPERTI DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 57 – Esclusioni

Fermo quanto previsto agli Artt. 1 e 51 sull'oggetto del rischio assicurato, l'assicurazione non opera, ed è quindi escluso ogni obbligo di pagamento dell'Indennizzo, nei seguenti casi:

- a) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- b) malattie tropicali o epidemiche;

- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
- d) abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- e) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- f) interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali;
- g) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- h) pratica dei seguenti sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, deltaplano, immersioni subacquee, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto dal trampolino, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
- i) malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress);
- j) lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica;
- l) guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno); partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra.

SI POSSONO DENUNCIARE PIU' SINISTRI PER RICOVERO OSPEDALIERO?

Art. 58 – Denunce successive di Sinistri – Periodo di Riqualificazione

1. E' possibile denunciare più Sinistri per Ricovero Ospedaliero nel corso della durata dell'assicurazione. Tuttavia, dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero i Sinistri successivi saranno indennizzabili a condizione che sia trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a:

- 30 giorni consecutivi (se il nuovo Sinistro è dovuto ad un/a diverso/a Infortunio/Malattia del precedente), ovvero
- 90 giorni consecutivi (se il nuovo Sinistro è dovuto allo/a stesso/a Infortunio/Malattia del Sinistro precedente).

2. Il Periodo di Riqualificazione decorre dal termine del Sinistro precedente (inteso come ultimo giorno di Ricovero Ospedaliero).

QUALE DOCUMENTAZIONE SI DEVE PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO?

Art. 59 – Documentazione da presentare in caso di Sinistro

1. In caso di Sinistro, deve essere inviata alla Società - ai recapiti di cui al precedente Art. 9 - COPIA della seguente documentazione:

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale
- b) al fine di permettere alle Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento alla data di stipula del Mutuo (reperibile anche presso il Contraente), con evidenza delle Rate dovute
- c) certificato di ricovero in Istituto di Cura o cartella clinica

Inoltre, solo in caso di ricovero da infortunio (compreso incidente stradale)

- d) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con

la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

2. Qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata dello stato di Ricovero Ospedaliero, l'Assicurato è tenuto inoltre ad inviare alla Società - ai recapiti di cui al precedente Art. 9 - un certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la continuazione del periodo di ricovero.

3. La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge (es.: obblighi di adeguata verifica antiriciclaggio).

COSA E' POSSIBILE FARE IN CASO DI CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA?

Art. 60 – Ricorso all'arbitrato per le controversie di natura medica

1. In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

2. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

3. **Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.**

**ALLEGATO 1 alle Condizioni di Assicurazione
Formule di Rimborso ed Esempi**

Formula di rimborso Estinzione Anticipata Totale Mutuo / Recesso Annuale / Cessazione Garanzie Lavoro

Formula Premio Puro Garanzie Lavoro

$$R = P/N*(N-K)$$

Formula Premio Puro Garanzie Base:

$$R = P*[(N-K)*(N-K+1)]/(N*(N+1))$$

Formula di rimborso dei caricamenti sul Premio

$$R = C/N*(N-K)$$

Dove:

R = Importo di premio da Rimborsare

P = Premio Imponibile

N = Durata totale in mesi del mutuo

K = Mesi di Copertura

Formula di rimborso Estinzione Anticipata Parziale Mutuo

Formula Premio Puro Garanzie Lavoro

$$R_i = P_{i-1}/[N*(N-K)]*(CE_i/DR_i)$$

Formula Premio Puro Garanzie Base:

$$R = P*[(N-K)*(N-K+1)]/(N*(N+1))* CE_i/DR_i$$

Formula di rimborso dei caricamenti sul Premio

$$R = C/N*(N-K)$$

Dove:

R_i = Importo di premio da rimborsare

*P_{i-1} = Premio Imponibile (al netto delle imposte). Tale importo di premio coincide inizialmente con il Premio Unico Anticipato Puro al momento dell'adesione e viene aggiornato ad ogni eventuale estinzione parziale sulla base della seguente formula: $P_{i-1} = P_{i-1} * (CE_i/DR_i)$*

N = Durata totale (in mesi interi) del Mutuo

K = Durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi [dato arrotondato per eccesso] (attenzione: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di cessazione non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene il recesso)

CE_i = è la quota di Capitale versata a titolo di estinzione parziale

DR_i = è il Debito Residuo quantificato al giorno prima che l'estinzione parziale abbia effetto

C = Caricamenti sul Premio

ESEMPI DI CALCOLO:

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DA RIMBORSARE: es. 1 su ESTINZIONE TOTALE		
A	Età dell'assicurato all'adesione	38 anni compiuti
B	Professione dell'Aderente/Assicurato all'atto dell'adesione	Lavoratore Dipendente Privato
C	Durata assicurazione in mesi	120
D	Importo erogato del Mutuo	€ 100.000,00
E	Data adesione alla copertura assicurativa	01/05/2015
F	Data fine della copertura assicurativa	01/05/2025
G	Numero di mesi di assicurazione goduti	60
H	Premio unico anticipato totale pagato (lordo imposte)	€ 3,461.00

I	Premio unico anticipato totale pagato (netto imposte)	€ 3,396.00
L	Premio unico anticipato garanzie base (netto imposte)	€ 1,007.00
M	Premio unico anticipato garanzie lavoro (netto imposte)	€ 2,389.00
N	% Costi	58,00%
CONTEGGIO:		
O	Formula di rimborso in caso di estinzione totale Formula di rimborso premio puro Garanzie Lavoro e Caricamenti sul premio di tutte le garanzie $R = \frac{P}{N} * (N-K)$ Formula di rimborso premio puro Garanzie Base $R = P * [(N-K) * (N-K+1)] / [N * (N+1)]$	Garanzie Lavoro $R = 2389 / 120 * (120-60) = 1194$ Garanzie Base $R = 1007 * [(120-60) * (120-60+1)] / (120 * (120+1)) = 253.83$ Caricamenti $C = 3396 * 58\% / 120 * (120-60) = 984.84$
P	Totale premio da rimborsare	€ 2,433.17

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DA RIMBORSARE: es. 2 su ESTINZIONE PARZIALE		
A	Età dell'assicurato all'adesione	38 anni compiuti
B	Professione dell'Aderente/Assicurato all'atto dell'adesione	Lavoratore Dipendente Privato
C	Durata totale assicurazione in mesi	120
D	Importo erogato del Mutuo	€ 100.000,00
E	Data adesione alla copertura assicurativa	01/05/2015
F	Data fine della copertura assicurativa	01/05/2025
G	Numero di mesi di assicurazione goduti	60
H	Premio unico anticipato totale pagato (lordo imposte)	€ 3,461.00
I	Premio unico anticipato totale pagato (netto imposte)	€ 3,396.00
L	Premio unico anticipato garanzie base (netto imposte)	€ 1,007.00
M	Premio unico anticipato garanzie lavoro (netto imposte)	€ 2,389.00
N	% Costi	58,00%
CONTEGGIO:		
O	Formula di rimborso in caso di estinzione totale Formula di rimborso premio puro Garanzie Lavoro e Caricamenti sul premio di tutte le garanzie $R_i = \frac{P_i - 1}{N} * (N-K) * (CE_i / DR_i)$ Formula di rimborso premio puro Garanzie Base $R_i = P_i - 1 * [(N-K) * (N-K+1)] / [N * (N+1)] * (CE_i / DR_i)$	Garanzie Lavoro $R = 2389 / 120 * (120-60) * (25000 / 75000) = 398$ Garanzie Base $R = 1007 * [(120-60) * (120-60+1)] / (120 * (120+1)) * (25000 / 75000) = 84.61$ Caricamenti $C = 3396 * 58\% / 120 * (120-60) * (25000 / 75000) = 328.28$
P	Quota di Capitale versata a titolo di estinzione parziale	€ 25,000.00
Q	Debito residuo al giorno antecedente al giorno di avvenuta estinzione parziale del Mutuo	€ 75,000.00
R	Totale premio parziale da rimborsare	€ 811.06

FAC-SIMILE

MODULO DI ADESIONE "POLIZZA MUTUO FINECO"

POLIZZA COLLETTIVA n. 10116-FACL/120172-FICL
Adesione riservata ai clienti mutuatari di FinecoBank S.p.A.

Numero richiesta di MUTUO	
Capitale Assicurato Iniziale	
Quota di Mutuo assicurata	<input type="checkbox"/> 100% Unico Assicurato / Capitale Assicurato Iniziale pari al Mutuo erogato <input type="checkbox"/> 50% Due Assicurati pro-quota / Capitale Assicurato Iniziale pari al 50% del Mutuo erogato

Dati identificativi dell'Aderente/Assicurato		
Nome e Cognome	Codice fiscale	
Data di nascita	Comune di nascita	
Comune di residenza	CAP	Prov.
Indirizzo di residenza		
Domicilio (per la corrispondenza – se diverso dalla residenza)		
Telefono	E-mail	

Coperture assicurative ed indennizzi		
Pacchetti Assicurativi	Garanzie prestate	Indennizzo

<input type="checkbox"/>	Pacchetto 1 <i>Attivabile solo da:</i> <i>Lavoratori Dipendenti Privati</i>	GARANZIE BASE Decesso Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Debito Residuo del Mutuo
		GARANZIA LAVORO Perdita d'Impiego Involontaria	Rate del Mutuo (max 12 rate consecutive per sinistro e 36 complessive)

<input type="checkbox"/>	Pacchetto 2 <i>Attivabile solo da:</i> <i>Lavoratori Autonomi o</i> <i>Lavoratori Dipendenti Pubblici</i>	GARANZIE BASE Decesso Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Debito Residuo del Mutuo
		GARANZIA LAVORO Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia)	Rate del Mutuo (max 12 rate consecutive per sinistro e 36 complessive)

<input type="checkbox"/>	Pacchetto 3 <i>Attivabile solo da:</i> <i>Non Lavoratori</i>	GARANZIE BASE Decesso Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Debito Residuo del Mutuo
		GARANZIA LAVORO Ricovero Ospedaliero (da Infortunio o Malattia)	Rate del Mutuo (max 12 rate consecutive per sinistro e 36 complessive)

Premio unico anticipato per tutte le garanzie del Pacchetto	
Importo di premio unico anticipato (incluse imposte)	€
Mezzi di pagamento	All'adesione (tutte le coperture): <i>in caso di Mutuo 1^a-2^a casa o Mutuo Sostituzione o Mutuo Liquidità:</i> Il Premio unico anticipato è sempre finanziato dal Contraente all'Aderente/Assicurato con il contratto di Mutuo. Il Contraente trattiene il Premio dall'importo erogato con il Mutuo, lo incassa nella propria qualità di Intermediario, e lo versa alle Società;

FAC-SIMILE

in caso di Mutuo Surroga: il Premio unico ed anticipato non è mai finanziato e viene corrisposto dall'Aderente/Assicurato al Contraente (tramite addebito diretto in conto corrente – in caso di addebito rate su conto corrente fineco; tramite bonifico o assegno – in caso di addebito rate su altro conto corrente) che lo incassa nella propria qualità di Intermediario e lo versa alle Società;

Rinnovi annuali, dopo il 10° anno, delle Garanzie Lavoro (a facoltà del cliente): il Premio annuale (calcolato alle medesime condizioni originarie) è versato dall'Aderente/Assicurato all'Intermediario (tramite addebito diretto in conto corrente – in caso di addebito rate su conto corrente fineco; tramite bonifico o assegno – in caso di addebito rate su altro conto corrente) mediante bonifico bancario, assegno o addebito diretto in conto corrente – che lo incassa nella propria qualità di Intermediario e lo versa alle Società.

Informativa sui costi gravanti sul premio assicurativo

Imposte	2,50% del premio (con esclusione della parte di premio della garanzia Decesso, esente da imposte)
Provvigioni di intermediazione	€
Costi amministrativi della Società	€

Informativa sul diritto di revoca dell'adesione e sul diritto recesso

Nella fase che precede l'entrata in vigore della copertura assicurativa (cioè sino alla data di erogazione del Mutuo), l'Aderente/Assicurato ha sempre facoltà di revocare la propria adesione alla Polizza Collettiva effettuata attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione, mediante comunicazione alla Banca per il tramite del proprio numero verde 800.88.55.11 o via fax al nr. 02-87152739.

Una volta entrata in vigore l'assicurazione, l'Aderente/Assicurato può recedere dal contratto:

- entro il termine di 60 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione.** In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore ed il Contraente provvederà a rimborsare l'importo di Premio eventualmente già versato (al netto delle imposte);
- annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza.** In tal caso, l'assicurazione cessa alla successiva scadenza annuale e all'Aderente/Assicurato verrà restituita la parte di premio relativa alle annualità pagate e non godute (calcolata in base ai criteri di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione).

L'Aderente/Assicurato è tenuto ad esercitare i diritti recesso sopra indicati mediante invio di una lettera raccomandata a.r. indirizzata al Contraente al seguente indirizzo: *FinecoBank S.p.A. – Middle Office Rete – Via Rivoluzione d'Ottobre 16, 42123 Reggio Emilia (RE)*.

I rimborsi di Premio saranno effettuati dal Contraente mediante corrispondente riduzione della rata del Mutuo (in caso di Premio finanziato) oppure mediante accredito in conto corrente (in caso di Premio non finanziato).

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO / RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Per potere aderire alla Polizza Collettiva, ciascun Assicurato è tenuto a rispondere alle domande di un Questionario Medico o a presentare un Rapporto di Visita Medica / esami medici secondo i criteri della Tabella Assuntiva di cui all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione. Si avverte l'Assicurato che:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione;
- è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte al Questionario Medico / Rapporto di Visita Medica prima della sua sottoscrizione;
- anche nei casi non previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, secondo le modalità indicate nel Rapporto di Visita Medica, per certificare lo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a suo carico. La Società si riserva il diritto di prestare o meno le coperture assicurative previo esame della documentazione sanitaria prodotta.


In riferimento alla modalità assuntiva tramite Questionario Medico, sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "NO" a tutte le domande incluse nel Questionario Medico. La Società pertanto, anche ai fini dell'art. 1893 2° comma del codice civile, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'Assicurato sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Medico.

In riferimento alla modalità assuntiva tramite Rapporto di Visita Medica, la Società si riserva il diritto, una volta esaminato lo stesso e la documentazione sanitaria prodotta, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'ammissione in copertura dell'Assicurato.

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

Io sottoscritto Aderente

DICHIARO come segue il mio status lavorativo alla data di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione (**barrare una casella**)

-  Lavoratore Dipendente Privato
 Lavoratore Dipendente Pubblico
 Lavoratore Autonomo
 Non Lavoratore (inclusi pensionati, casalinghe e disoccupati)

FAC-SIMILE

PRENDO ATTO che FinecoBank S.p.A. ha stipulato con le Società di assicurazione Financial Assurance Company Limited e Financial Insurance Company Limited (Rappresentanze Generali per l'Italia), la Polizza Collettiva n. 10116-FACL/120172-FICL ("**POLIZZA MUTUO FINECO**") per conto dei propri clienti richiedenti un contratto di Mutuo;

PRENDO ATTO che POLIZZA MUTUO FINECO è un contratto di assicurazione multirischio connesso al Mutuo erogato da FinecoBank S.p.A. che prevede, a seconda del Pacchetto da me scelto, le coperture assicurative sopra indicate (inclusa una copertura sulla mia vita, cui acconsento), offerte in modo congiunto ed operanti sulla mia persona;

PRENDO ATTO che le coperture assicurative decorrono dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Mutuo, consapevole che in caso di mancata erogazione del Mutuo l'assicurazione non avrà efficacia;

PRENDO ATTO che: **(i) in caso di Mutuo 1^a-2^a casa o Mutuo Sostituzione o Mutuo Liquidità:** l'importo del Premio unico anticipato è sempre finanziato dal Contraente e, quindi, incluso nell'importo preso a prestito col Mutuo; **AUTORIZZO** quindi sin d'ora il Contraente (Intermediario) a trattenere dall'importo finanziato il premio assicurativo, prendendo atto che la trattenuta dell'importo corrispondente varrà come pagamento del premio unico in favore delle Società; **(ii) in caso di Mutuo Surroga:** l'importo del Premio unico ed anticipato viene da me versato al Contraente (tramite addebito diretto in conto corrente – in caso di addebito rate su conto corrente Fineco; tramite bonifico o assegno – in caso di addebito rate su altro conto corrente), che lo incassa nella propria qualità di Intermediario e lo versa alle Società;

PRENDO ATTO E SONO PIENAMENTE CONSAPEVOLE che l'adesione alla Polizza Collettiva è **FACOLTATIVA e NON NECESSARIA per ottenere il Mutuo.**

DICHIARO sin d'ora, ove la richiesta di ottenimento del Mutuo venga accolta da FinecoBank S.p.A. e sia erogato il relativo importo, di

ADERIRE

Alla Polizza Collettiva "**POLIZZA MUTUO FINECO**", in qualità anche di Assicurato, attivando il PACCHETTO indicato nel presente Modulo di Adesione, **accettando integralmente le Condizioni di Assicurazione contenute all'interno del Fascicolo Informativo.**

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

NOMINA DEI BENEFICIARI PER IL CASO DI DECESSO

Io sottoscritto Aderente, in riferimento alla garanzia Decesso, designo i seguenti beneficiari, **consapevole che in caso di mancata designazione Beneficiari della prestazione saranno i miei eredi in parti uguali (barrare una casella):**

Eredi legittimi Eredi testamentari Eredi legittimi e testamentari

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE E PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA PRE-CONTRATTUALE E CONTRATTUALE

Io sottoscritto Aderente/Assicurato:

DICHIARO di aver ricevuto dall'intermediario, sul supporto durevole da me prescelto, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale e di averne preso piena visione:

- Documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari (Allegato 7A); Dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario (Allegato 7B);
- Fascicolo Informativo della Polizza Collettiva n. 10116-FACL/120172-FICL ("**POLIZZA MUTUO FINECO**") comprensivo di Nota Informativa e Glossario / Condizioni di Assicurazione / Modulo di Adesione / Informativa Privacy.

DICHIARO di aver letto e compreso la Nota Informativa, il Glossario/Definizioni e le Condizioni di Assicurazione.

DICHIARO di avere sottoscritto il Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto e di averne restituita copia all'intermediario.

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ANCHE SENSIBILI)

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, dopo aver letto l'Informativa Privacy redatta ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (Codice Privacy) e riportata all'interno del Fascicolo Informativo, preso atto dell'identità dei titolari al trattamento dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere trasferiti, dei miei diritti ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy, nonché di ogni altra informazione contenuta nell'informativa predetta **PRESTO IL CONSENSO** al trattamento dei miei dati personali, **anche sensibili**, con le modalità ed in favore dei soggetti indicati nell'Informativa Privacy.

Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale assicurativo

FAC-SIMILE



Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Financial Assurance Company Limited / Financial Insurance Company Limited
(Rappresentanze Generali per l'Italia)

Heera Ricconi

Allegato 1 – Questionario Medico (per capitali assicurati fino a €200.000,00 ed Assicurati con età inferiore a 55 anni)

Allegato 2 – Rapporto di Visita Medica (per capitali assicurati oltre i €200.000,00 e/o Assicurati con età superiore a 55 anni)

Allegato Tariffario

Financial Insurance Company Limited e Financial Assurance Company Limited (compagnie assicurative del gruppo AXA), entrambe con sede legale in Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Londra W4 5HR (Regno Unito), ed entrambe con Rappresentanza Generale per l'Italia in Via San Gregorio, 34 - 20124 Milano. Financial Insurance Company Limited - Registrata presso il Companies House nel Regno Unito (n. 1515187); autorizzata nel Regno Unito dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e vigilata dalla Financial Conduct Authority (FCA) e dalla Prudential Regulation Authority (nr. registrazione PRA/FCA: 202639); autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto da IVASS, appendice Elenco I, n. I.00018; Partita IVA, Codice Fiscale e n. iscr. Reg. Imprese Milano: 12084460158; PEC: ficl@legalmail.it. Financial Assurance Company Limited - Registrata presso il Companies House nel Regno Unito (n. 4873014); autorizzata nel Regno Unito dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e vigilata dalla Financial Conduct Authority (FCA) e dalla Prudential Regulation Authority (nr. registrazione PRA/FCA: 229586); autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto da IVASS, appendice Elenco I, n. I.00051; Partita IVA, Codice Fiscale e n. iscr. Reg. Imprese Milano: 04539300964; PEC: facl@legalmail.it.

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

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito "**Codice**"), le compagnie di assicurazione Financial Assurance Company Limited e Financial Insurance Company Limited (gruppo AXA), **Titolari del trattamento** (di seguito, ciascuno, la "**Società**"), informa ciascuna persona fisica (contraente, aderente, assicurato, beneficiario o loro aventi causa) (di seguito, ciascuno di tali soggetti definito come "**Interessato**") cui si riferiscono i dati personali circa l'utilizzo di tali dati, forniti in occasione della stipula e/o esecuzione del contratto di assicurazione e/o in sede di denuncia sinistro/liquidazione.

AVVERTENZA PRELIMINARE – La presente Informativa viene resa anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. catena assicurativa, ai sensi del Provvedimento del Garante Per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007 (doc. web n. 1410057).

a) Finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati / Origine e tipologia dei dati. Quanto alle **finalità** del trattamento cui sono destinati i dati personali, gli stessi sono trattati esclusivamente nell'ambito della normale attività assicurativa della Società secondo le seguenti finalità:

- finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione, al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri a favore dei beneficiari / eredi;
- finalità di redistribuzione del rischio mediante riassicurazione o coassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative e relative azioni legali;
- finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo;

Per le finalità sopraindicate, le operazioni di trattamento consisteranno, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, nella raccolta, registrazione, organizzazione ed elaborazione, conservazione, comunicazione (cfr. punto d) e, qualora vengano meno i presupposti del trattamento, cancellazione e distruzione dei dati.

Quanto alle **modalità** del trattamento, i dati saranno trattati mediante supporti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, nel rispetto delle misure di sicurezza necessarie ad impedire l'accesso non autorizzato, la perdita o distruzione anche accidentale ed in generale il trattamento illecito dei dati, in conformità alle norme vigenti. In caso di offerta e collocamento a distanza mediante telefono del contratto di assicurazione, i dati personali possono essere oggetto di registrazione telefonica, previa autorizzazione dell'Interessato.

Quanto all'**origine** dei dati personali, i dati sono raccolti dalla Società direttamente da ciascun Interessato o da altri soggetti che forniscono alla Società i dati dell'Interessato (es.: da broker, agenti o altri intermediari assicurativi – e loro addetti all'attività di intermediazione - che raccolgono i dati dall'Interessato); da altri soggetti del rapporto assicurativo quali il contraente che fornisce i dati dell'Interessato assicurato o beneficiario; dai familiari o aventi causa dell'assicurato, in caso di impossibilità di quest'ultimo, in fase di denuncia e liquidazione del sinistro.

Quanto alla **tipologia** dei dati personali, possono essere raccolti dati sia comuni (quali i dati che identificano direttamente l'interessato) che sensibili (quali 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).

b) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai fini dell'esecuzione del contratto assicurativo, in quanto necessario alla Società per procedere alla stipula del contratto, alla sua gestione e all'eventuale liquidazione dei sinistri denunciati.

c) Conseguenze di un eventuale rifiuto al conferimento dei dati. Un eventuale rifiuto al conferimento dei dati personali, richiesti nel modulo di proposta/adesione ai contratti di assicurazione e/o nel modulo di denuncia sinistro ai fini della corretta esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto di assicurazione comporta per la Società l'impossibilità a procedere alla conclusione e/o esecuzione e/o liquidazione del contratto di assicurazione.

d) Soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e ambito di diffusione dei dati medesimi. Per le finalità e con le modalità descritte al precedente *sub a)*, i suoi dati personali possono essere comunicati dai Titolari a soggetti terzi, i quali agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati dalle Società (Titolari del trattamento) quali responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) che collaborano con la Società;
- professionisti, consulenti, studi o società dei quali la Società si avvale nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla

clientela e non; attività di assistenza alla clientela e non (es.: *call center, help desk*); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (*call center* esterni); attività di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di *back office* di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;

- organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o comunque ai quali la Società è iscritta;
- società del gruppo delle imprese di assicurazione (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Ministero dello sviluppo economico-Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine. Inoltre, sempre per le finalità e con le modalità descritte al precedente *sub a*), quali Responsabili o Incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e/o collaboratori della Società di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es. ufficio legale, ufficio sinistri, ufficio reclami), in conformità alle istruzioni ricevute. I dati personali trattati non sono oggetto di diffusione.

e) Diritti dell'interessato di cui all'art. 7 Codice Privacy. La informiamo, infine, che l'art. 7 del Codice Privacy Le conferisce, in qualità di Interessato, l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'Interessato può ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, nonché della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- l'indicazione degli estremi identificativi dei titolari e dei responsabili del trattamento, nonché dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono venire comunicati o che possano venirne a conoscenza;
- l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati, nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- l'attestazione che le operazioni di cui al punto precedente sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'Interessato, ai sensi dell'art. 7, ha altresì diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

L'Interessato può esercitare i diritti sopra menzionati rivolgendosi ai seguenti recapiti:

Financial Assurance Company Limited / Financial Insurance Company Limited

Via San Gregorio n. 34, 20124 Milano

e-mail - clp.it.privacy@partners.axa

Fax - 02/23331247

La richiesta può essere trasmessa anche mediante lettera raccomandata, telefax o posta elettronica. Quando riguarda l'esercizio dei diritti di cui ai primi tre punti, la richiesta può essere formulata anche oralmente contattando la Società al numero telefonico 02/6737151 e chiedendo di essere messi in comunicazione con l'Ufficio Legale il quale, previa verifica dell'identità dell'interessato, fornirà le informazioni richieste.

f) Estremi identificativi dei Titolari e dei Responsabili.

I Titolari del trattamento sono Financial Insurance Company Limited e/o Financial Assurance Company Limited (a seconda della compagnia che presta la copertura assicurativa oggetto del contratto di assicurazione), Via San Gregorio n. 34, 20124 Milano.

Con riferimento all'attività di gestione e liquidazione dei sinistri, la Società ha nominato Responsabile del Trattamento l'*Operation Manager* (capo ufficio sinistri) *pro tempore* della propria sede di Milano.

L'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i soggetti a cui i dati sono comunicati (soggetti esterni terzi, altri titolari, responsabili e incaricati) può essere richiesto scrivendo a clp.it.privacy@partners.axa.