

BluImpresa Mutuo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
A TUTELA DEL MUTUO

Mod. 1642 ed. 11.04.2020

Questo contratto è redatto secondo le linee guida
"Contratti Semplici e Chiari" del Tavolo tecnico ANIA
ASSOCIAZIONI CONSUMATORI - ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI



BluImpresa Mutuo

Presentazione della Polizza

BluImpresa Mutuo, per la protezione del mutuo

BluImpresa Mutuo è una polizza assicurativa che l'imprenditore può liberamente scegliere di abbinare al finanziamento concesso dalla Banca, per far fronte agli impegni finanziari assunti per la sua impresa.

BluImpresa Mutuo offre due linee di copertura:

- **Linea protezione DEBITO**, che interviene per estinguere il debito residuo in caso di morte causata da infortunio e/o invalidità permanente da infortunio e malattia dell'Assicurato;
- **Linea protezione RATA**, che paga le rate di mutuo durante i periodi di inabilità al lavoro o in caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato.

Le coperture offerte per la linea protezione DEBITO:



Morte da Infortunio

La perdita prematura di un socio o di un "uomo chiave", può mettere l'azienda in difficoltà...

Cargeas garantisce al beneficiario una somma di denaro al decesso dell'assicurato



Invalidità Permanente da Infortunio

Un incidente provoca un grave danno fisico al titolare dell'azienda, "l'uomo chiave" si ferisce sul lavoro o durante un grave incidente stradale...

Sono alcuni esempi di casi in cui interviene la garanzia



Invalidità Permanente da Malattia

Lo stato di salute del titolare viene compromesso definitivamente da una grave patologia, a seguito di accertamenti medici "all'uomo chiave" viene diagnosticata una malattia invalidante...

Sono alcuni esempi di casi in cui interviene la garanzia

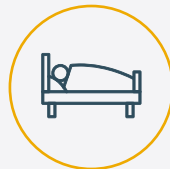
Le coperture offerte per la linea protezione RATA:



Inabilità Temporanea Totale per Infortunio e Malattia

Un incidente in moto o sul lavoro, una caduta dalle scale, una malattia... possono impedire al titolare o "all'uomo chiave" di andare a lavorare o comunque costringerlo a rimanere immobile...

Cargeas interviene, dopo il periodo di franchigia previsto dalla polizza



Ricovero ospedaliero da Infortunio e Malattia

Un incidente durante lo svolgimento della propria attività, una brutta caduta dalla scala, una malattia... possono portare il titolare o "l'uomo chiave" ad un ricovero ospedaliero...

Cargeas interviene, dopo il periodo di franchigia previsto dalla polizza

Informazioni e numeri utili



Vuoi parlare con uno Specialista Assicurativo di UBI Banca?

Chiama il numero **800.500.200**, oppure rivolgiti alla tua **filiale UBI Banca**, troveremo insieme la soluzione adatta per proteggere tutto ciò che è importante per te



Hai bisogno di informazioni o assistenza sulla tua polizza BLUIMPRESA MUTUO?

Puoi inviare una email a **infopolizze@cargeas.it** oppure contattare il numero **035.0861051**, operativo **dal lunedì al venerdì** con orario **8:30 - 17:30**



Devi denunciare un sinistro?

Per denunciare un sinistro è possibile inviare una email a **denunciasinistri@cargeas.it**

Devi richiedere informazioni in merito a un sinistro già aperto?

Puoi inviare una email a **infosinistri@cargeas.it** (indicando nell'oggetto il numero di sinistro) oppure contattare il numero **035.0861051**, operativo **dal lunedì al venerdì** con orario **8:00 - 19:30**

Dove trovare tutti i tuoi documenti e le informazioni importanti della polizza?



Area Riservata Cargeas

Le informazioni di dettaglio sulla polizza sono disponibili accedendo all'**Area Riservata** sul sito **www.cargeas.it** con il Codice Cliente ricevuto al momento dell'acquisto. È possibile visualizzare i documenti e le coperture in essere, il dettaglio delle scadenze e i premi pagati



▶ Per avere le informazioni utili sempre a portata di mano, fai una foto di questa pagina e salvala sul tuo cellulare

Legenda

I simboli descritti di seguito evidenziano importanti sezioni della documentazione contrattuale e ti aiuteranno a comprendere meglio il contenuto della tua Polizza:



Che cosa è assicurato

Qui trovi le informazioni sulle coperture presenti in Polizza. Ricordati che le coperture acquistate saranno indicate nel Modulo di Polizza



Che cosa non è assicurato

Qui trovi le informazioni relative alle coperture escluse



Ci sono limiti di copertura

Questa sezione indica le informazioni riguardanti eventuali esclusioni, rivalse, franchigie o scoperti previste per ciascuna garanzia

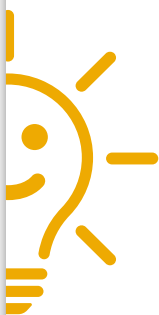


Che obblighi ho?

Qui trovi indicato cosa fare in caso di Sinistro e sono riportati gli obblighi e gli adempimenti sia dell'Assicurato/Contraente che dell'impresa

Quando incontri un box con il simbolo della lampadina leggi il contenuto con attenzione: troverai informazioni utili per capire meglio le caratteristiche della tua Polizza!

Qui sotto trovi il primo messaggio utile per te:



BluImpresa Mutuo è redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" diramate da ANIA, per la semplificazione dei contratti assicurativi:

- nell'**indice** sono indicati tutti gli **argomenti trattati**
- gli **argomenti trattati** sono contraddistinti da **simboli guida**
- le **parti evidenziate in grigio** indicano le esclusioni, le franchigie, gli scoperti e i limiti

In conclusione si trovano inoltre:

- il **Glossario**, che permette di approfondire il **significato** dei termini assicurativi più utilizzati, indicati nel testo con la lettera iniziale maiuscola
- i principali **articoli del codice civile** in materia di Assicurazione

Indice

1. LINEA PROTEZIONE DEBITO 6

Che cosa è assicurato	6
Che cosa non è assicurato	6
Limiti della copertura	7
Obblighi in caso di Sinistro	8

2. LINEA PROTEZIONE RATA 10

Che cosa è assicurato	10
Che cosa non è assicurato	10
Limiti della copertura	11
Obblighi in caso di Sinistro	13

NORME COMUNI A TUTTE LE COPERTURE ASSICURATIVE 14

GLOSSARIO 21

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 24

Premessa

Le presenti condizioni di assicurazione regolano il contratto di adesione individuale alla polizza collettiva stipulata dalla Banca Contraente UBI Banca S.p.A. per conto dell'Assicurato ai sensi dell'articolo 1891 del codice civile, con l'Impresa, CARGEAS Assicurazioni S.p.A.

Il contratto di adesione individuale alla polizza collettiva è abbinabile esclusivamente al contratto di Finanziamento stipulato con la Banca Contraente.

Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa, a fronte del Finanziamento stipulato tra la Banca Contraente e l'Assicurato, riconosce all'Assicurato stesso, secondo la scelta da lui operata, una o entrambe le seguenti coperture assicurative:

1. **Linea Protezione Debito**

copertura assicurativa prestata in relazione ai seguenti eventi:

- i. Morte dovuta a Infortunio, per tutte le tipologie di Persone Designate;
- ii. Invalità Permanente Totale dovuta a Infortunio o Malattia, per tutte le tipologie di Persone Designate;

2. **Linea Protezione Rata**

copertura assicurativa prestata in relazione ai seguenti eventi:

- i. Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia, per Persone Designate che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti;
- ii. Ricovero Ospedaliero dovuto a Infortunio o Malattia, per Persone Designate che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti.

La copertura assicurativa "Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia" non potrà in alcun caso cumularsi con la copertura "Ricovero Ospedaliero dovuto a Infortunio o Malattia".

Il beneficiario delle prestazioni assicurative sopra menzionate è sempre l'Assicurato; in nessun caso quest'ultimo potrà designare la Banca Contraente o la Persona Designata come beneficiario o vincolatario delle prestazioni medesime.

1. Linea Protezione Debito



Che cosa è assicurato

Art. 1 LINEA PROTEZIONE DEBITO

L'Impresa corrisponderà all'Assicurato una somma pari al Debito Residuo del Finanziamento alla data del Sinistro, al netto di eventuali altri Indennizzi già corrisposti per lo stesso Sinistro ai sensi di Polizza, in caso di:

- i. Morte dovuta ad Infortunio;
- ii. Invalidità Permanente Totale dovuta a Infortunio o Malattia superiore al 59%.

L'Indennizzo è aumentato della quota interessi della sola rata immediatamente successiva a quella della data in cui si è verificato il Sinistro.

In caso di trasferimento del Finanziamento (ad esempio, nei casi di Surroga) o in caso di estinzione integrale anticipata del Finanziamento ai sensi dell'Art. 27, qualora l'Assicurato abbia optato per la prosecuzione dell'Assicurazione, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato un Indennizzo pari al Debito Residuo al momento del Sinistro in base al piano di ammortamento originario del Finanziamento.

Nel caso siano assicurate più Persone Designate nell'ambito dello stesso Finanziamento, l'Indennizzo previsto per ciascuna di esse è proporzionale al numero delle Persone Designate.

Con riferimento al caso di Morte dovuta ad Infortunio, per momento del Sinistro si intende la data di decesso della Persona Designata. L'evento morte deve verificarsi nel periodo di validità ed efficacia dell'Assicurazione.

Art. 2 VALIDITÀ TERRITORIALE

La copertura assicurativa ha validità in tutti i paesi del mondo.

Gli accertamenti e la liquidazione dei Sinistri – in valuta corrente – verranno comunque effettuati in Italia.

Art. 3 DETERMINAZIONE DEL PREMIO

La determinazione del Premio avviene applicando la formula di seguito indicata:

$$P = T \times \text{Cap. Ass.} \times m$$

con un minimo dell'1%

dove:

T = tasso al lordo delle imposte Cap. Ass. = Capitale totale Assicurato m = periodo espresso in mesi di durata del Finanziamento



Che cosa non è assicurato

Art. 4 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili come Persone Designate, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo o tossicodipendenza.

È prevista la possibilità di accedere alla copertura assicurativa per i soggetti portatori di *handicap* mentali o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dal successivo Art. 7.9.



Limiti della copertura

Art. 5 CARENZA

La copertura assicurativa, limitatamente al caso di Invalidità Permanente Totale dovuta a Malattia, è soggetta ad un periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni. Pertanto, in caso di Sinistro conseguente a Malattia insorta entro 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza, non sarà corrisposto alcun Indennizzo.

La copertura assicurativa per il caso di Invalidità Permanente Totale dovuta ad Infortunio non è soggetta a Carenza.

Dopo il periodo di Carenza sopraindicato, l'Impresa liquida all'Assicurato una somma pari al Debito Residuo alla data del Sinistro.

Art. 6 LIMITI DI INDENNIZZO

L'Indennizzo massimo riconosciuto dall'Impresa è pari all'importo del Debito Residuo del Finanziamento e non potrà, in ogni caso, eccedere l'importo massimo di € 600.000 (seicentomila/00) con l'ulteriore limite di € 200.000 (duecentomila/00) per Persona Designata. Qualora nell'ambito dello stesso Finanziamento l'Assicurato indicasse più Persone Designate (numero che comunque non potrà essere superiore a quattro), la somma assicurata per ciascuna di esse sarà pari all'importo totale del Debito Residuo diviso per il numero di Persone Designate, fermi i limiti sopra indicati.

Art. 7 ESCLUSIONI

La copertura assicurativa non opera per i casi di:

1. dolo dell'Assicurato o della Persona Designata;
2. partecipazione attiva della Persona Designata a: delitti dolosi; fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano; risse, tranne per il caso di legittima difesa; atti di terrorismo e sabotaggio;
3. azioni intenzionali della Persona Designata quali: la mutilazione volontaria, Sinistri provocati volontariamente;
4. Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
5. Sinistri determinati da stati di ebbrezza o di alcolismo acuto o cronico;
6. infortunio di volo, se la Persona Designata viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
7. partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
8. Infortuni già verificatisi e Malattie Pregresse alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze;
9. disturbi mentali classificati nel manuale diagnostico e statistico DSM-IV-TR MG (quali ad esempio: umore depresso, ansia, sintomi fisici non giustificati, disturbi cognitivi che non siano la conseguenza diretta ed esclusiva di eventi traumatici, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, modificazioni patologiche del peso o anomalie della condotta alimentare, sintomi psicotici, sintomi maniacali, sintomi del controllo degli impulsi, sintomi dissociativi, tic motori o vocali, disturbi o disfunzioni di personalità);
10. Malattie e/o Infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;

11. Malattie o Infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche; sono altresì esclusi i Sinistri derivanti dalla pratica, anche non professionistica, di: pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (*free climbing*), canoa fluviale oltre il 3° grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, sci o *snowboard* estremi, bob, *rugby*, *football* americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere. Sono, infine, escluse, le partecipazioni a competizioni (comprese relative prove e allenamenti) organizzate da federazioni sportive o per le quali la Persona Designata e/o l'Assicurato percepiscono una qualsiasi forma di remunerazione;
12. sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.



Obblighi in caso di Sinistro

Art. 8 DENUNCIA DEL SINISTRO – DOCUMENTAZIONE

(a) Nel caso di Morte da Infortunio

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve denunciare il decesso della Persona Designata entro 15 (quindici) giorni da quando questo si è verificato.

La denuncia del Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo e dell'ora dell'evento e una circostanziata descrizione dei fatti.

L'Assicurato e gli aventi diritto della Persona Designata devono inoltre:

1. sciogliere da ogni riserbo i medici che abbiano eventualmente avuto in cura la Persona Designata;
2. consentire le indagini e gli accertamenti necessari da parte di persone di fiducia dell'Impresa;
3. allegare copia della seguente documentazione:
 - certificato di morte;
 - relazione medica sulle cause del decesso;
 - ulteriore documentazione di carattere sanitario eventualmente ritenuta necessaria dall'Impresa;
 - dichiarazione della Banca Contraente attestante l'importo del Debito Residuo del Finanziamento alla data del Sinistro, ovvero, in alternativa – nei casi di anticipata estinzione (integrale o parziale) o di trasferimento del Finanziamento in cui l'Assicurato abbia optato per la prosecuzione dell'Assicurazione sino alla scadenza contrattuale originaria – copia del piano originario di ammortamento.

(b) Nel caso di Invalidità Permanente Totale dovuta a Infortunio o Malattia

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve denunciare l'Infortunio o la Malattia entro 15 (quindici) giorni da quando, secondo parere medico, si possa ritenere che l'Infortunio o la Malattia sia insorto.

L'Assicurato deve, inoltre, allegare copia della seguente documentazione:

1. dichiarazione compilata dal medico curante attestante la diagnosi;
2. documentazione sanitaria (eventuale copia integrale e conforme all'originale della Cartella Clinica, esiti esami strumentali e/o di laboratorio) comprovante l'invalidità permanente;
3. dichiarazione della Banca Contraente attestante l'importo del Debito Residuo del Finanziamento alla data del Sinistro, ovvero, in alternativa – nei casi di anticipata estinzione (integrale o parziale) o di trasferimento del Finanziamento in cui l'Assicurato abbia optato per la prosecuzione dell'Assicurazione fino alla scadenza contrattuale originaria – copia del piano originario di ammortamento.

Art. 9 CRITERI DI LIQUIDAZIONE NEL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DOVUTA A INFORTUNIO O MALATTIA

L'accertamento del grado di invalidità viene effettuato secondo i parametri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel Testo Unico disciplinante la materia di cui al D.Lgs. n. 38 del 2000 e successive modifiche o integrazioni.

Limitatamente all'Invalidità Permanente Totale da Malattia, l'accertamento del grado di invalidità viene effettuato non prima che siano trascorsi 6 (sei) mesi dalla data della denuncia e non oltre i 18 (diciotto) mesi.

L'accertamento del grado di Invalidità Permanente sarà effettuato singolarmente per ciascuna Malattia o Infortunio.

La Persona Designata deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Qualora la Malattia o l'Infortunio colpisca un soggetto già affetto da altre Malattie o Infortuni, saranno valutate solo le conseguenze dirette, escludendo il maggior pregiudizio derivante dalle condizioni patologiche preesistenti.

Nel corso della copertura assicurativa, le invalidità permanenti già in essere ed accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di aggravamento sia in caso di concorrenza con nuove Malattie o Infortuni. Nel caso, quindi, la Malattia o l'Infortunio colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente Malattia o Infortunio, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla precedente condizione menomativa.

Art. 10 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa si impegna a liquidare all'Assicurato le Indennità dovute entro i 30 (trenta) giorni successivi.

Nel caso in cui l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dall'Infortunio o dalla Malattia denunciata prima che l'Invalidità Permanente Totale sia stata accertata da un medico fiduciario dell'impresa a mezzo visita medica, gli eredi potranno dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante consegna di documentazione medica idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

La stabilizzazione dei postumi potrà essere provata dagli eredi mediante produzione del certificato di guarigione od equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti, corredati, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e dalla Cartella Clinica, qualora ci sia stato un ricovero. L'Impresa verificherà la documentazione ricevuta al fine di valutare l'Invalidità Permanente Totale.

Nel caso in cui si siano verificati l'estinzione anticipata del Finanziamento ovvero il trasferimento del Finanziamento stesso (ad esempio, nei casi di Surroga) ai sensi dell'Art. 27 e l'Assicurato abbia optato per la prosecuzione dell'Assicurazione, l'Impresa liquiderà gli Indennizzi dovuti ai sensi di Polizza direttamente all'Assicurato.

2. Linea Protezione Rata



Che cosa è assicurato

Art. 11 LINEA PROTEZIONE RATA

L'Impresa corrisponderà all'Assicurato un Indennizzo per ogni rata di Finanziamento in scadenza e calcolato nei limiti di cui al successivo Art. 18 in caso di:

- i. Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia;
- ii. Ricovero Ospedaliero dovuto a Infortunio o Malattia

occorsi o insorti nel periodo di validità dell'Assicurazione e non oltre la sua scadenza.

La copertura assicurativa Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia non potrà in alcun modo cumularsi con quella da Ricovero Ospedaliero dovuto a Infortunio o Malattia.

Art. 12 VALIDITÀ TERRITORIALE

La copertura assicurativa ha validità in tutti i paesi del mondo.

Gli accertamenti e la liquidazione dei Sinistri – in valuta corrente – verranno comunque effettuati in Italia.

Art. 13 PERSONE DESIGNATE COPERTE

La copertura assicurativa opera esclusivamente per le Persone Designate che, al momento del Sinistro, posseggono i requisiti di Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

Art. 14 DETERMINAZIONE DEL PREMIO

La determinazione del Premio avviene applicando la formula di seguito indicata:

$$P = T \times \text{Cap. Ass.} \times m$$

dove:

T = tasso al lordo delle imposte **Cap. Ass.** = Capitale totale Assicurato **m** = periodo espresso in mesi di durata del Finanziamento



Che cosa non è assicurato

Art. 15 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili come Persone Designate, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo o tossicodipendenza.

È prevista la possibilità di accedere alla copertura assicurativa per i soggetti portatori di *handicap* mentali o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico nei limiti di quanto previsto dal precedente Art. 7.9.

Limiti della copertura

Art. 16 CARENZA

In caso di Inabilità Temporanea Totale dovuta a Malattia e Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia, la copertura assicurativa è soggetta ad un periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni. Pertanto, in caso di Sinistro conseguente a Malattia avvenuta entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza, non sarà corrisposto alcun Indennizzo.

La copertura assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale dovuta ad Infortunio e Ricovero Ospedaliero dovuto ad Infortunio non è soggetta a Carenza.

Art. 17 FRANCHIGIA

La copertura assicurativa è soggetta ai seguenti periodi di Franchigia:

1. 15 (quindici) giorni per il caso di Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia.

Qualora la Persona Designata, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 30 (trenta) giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la copertura assicurativa verrà ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di Franchigia. Qualora il nuovo Sinistro sia dovuto a causa diversa dalla precedente, verrà applicato il periodo di Franchigia.

2. 7 (sette) giorni per il caso di di Ricovero Ospedaliero; in tal caso, il periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di Ricovero Ospedaliero.

Qualora la Persona Designata, a seguito della dimissione da un Istituto di Cura, subisca, prima che siano trascorsi 60 (sessanta) giorni dalla suddetta dimissione, un nuovo Ricovero Ospedaliero a seguito del medesimo Infortunio o della medesima Malattia, la Copertura Assicurativa verrà ripristinata senza l'applicazione di un nuovo Periodo di Franchigia. Qualora il nuovo Sinistro sia dovuto a causa diversa dalla precedente, verrà applicato il periodo di Franchigia.

Art. 18 LIMITE D'INDENNIZZO

Decorso il periodo di Franchigia di cui al precedente Art. 17, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato, per ogni rata in scadenza nel periodo dell'inabilità o di Ricovero Ospedaliero, un'Indennità Mensile pari:

1. alla rata in scadenza, se mensile;
2. ad 1/3 della rata in scadenza, se trimestrale;
3. ad 1/6 della rata in scadenza, se semestrale.

La copertura assicurativa opera entro i seguenti limiti:

- a. **per importo massimo di rata mensile** **€ 1.600;**
- b. **limite massimo per ogni Sinistro** **12 Indennità Mensili;**
- c. **per la durata della copertura assicurativa** **24 Indennità Mensili.**

Le rate sono definite dal piano di rimborso in essere con la Banca.

Nel caso siano coperte più Persone Designate con riferimento al medesimo Finanziamento, l'Indennizzo previsto per ciascuna Persona Designata è proporzionale al numero delle persone stesse.

Nel caso in cui si sia verificato il trasferimento del Finanziamento (ad esempio, nei casi di Surroga), ovvero l'estinzione integrale anticipata del Finanziamento e l'Assicurato abbia optato per la prosecuzione dell'Assicurazione, l'Indennità Mensile di cui al presente articolo sarà determinata con riferimento al piano originario di ammortamento.

Art. 19 ESCLUSIONI

La copertura assicurativa non opera per:

1. dolo dell'Assicurato o della Persona Designata;
2. partecipazione attiva della Persona Designata a: delitti dolosi; fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano; risse, tranne per il caso di legittima difesa; atti di terrorismo e sabotaggio;
3. azioni intenzionali della Persona Designata quali: la mutilazione volontaria, Sinistri provocati volontariamente;
4. Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
5. Sinistri determinati da stati di ebbrezza o di alcolismo acuto o cronico;
6. infortunio di volo, se la Persona Designata viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
7. partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
8. Infortuni già verificatisi e Malattie Pregresse alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze;
9. disturbi mentali classificati nel manuale diagnostico e statistico DSM-IV-TR MG (quali ad esempio: umore depresso, ansia, sintomi fisici non giustificati, disturbi cognitivi che non siano la conseguenza diretta ed esclusiva di eventi traumatici, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, modificazioni patologiche del peso o anomalie della condotta alimentare, sintomi psicotici, sintomi maniacali, sintomi del controllo degli impulsi, sintomi dissociativi, tic motori o vocali, disturbi o disfunzioni di personalità);
10. Malattie e/o Infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
11. Malattie o Infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche; sono altresì esclusi i Sinistri derivanti dalla pratica, anche non professionistica, di: pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (*free climbing*), canoa fluviale oltre il 3° grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, sci o *snowboard* estremi, bob, *rugby*, *football* americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere. Sono, infine, escluse, le partecipazioni a competizioni (comprese relative prove e allenamenti) organizzate da federazioni sportive o per le quali la Persona Designata e/o l'Assicurato percepiscano una qualsiasi forma di remunerazione;
12. sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate;
13. gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di Infortunio; prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche o fitoterapiche;
14. ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla gravidanza, aborto volontario non terapeutico, infertilità, sterilità;
15. disturbi mentali classificati nel manuale diagnostico e statistico DSM-IV-TR MG, *check-up* di medicina preventiva



Obblighi in caso di Sinistro

Art.20 DENUNCIA DEL SINISTRO - DOCUMENTAZIONE

Entro i 15 (quindici) giorni successivi alla scadenza della prima rata coperta dall'Assicurazione, e così entro la data di scadenza di ogni successiva rata coperta dall'Assicurazione, l'Assicurato dovrà presentare:

1. certificazione del medico curante contenente la causa del Sinistro, la diagnosi e la prognosi;
2. in caso di Ricovero Ospedaliero, documentazione sanitaria comprovante il Ricovero Ospedaliero, copia della Cartella Clinica e lettera di dimissione dall'Istituto di Cura;
3. dichiarazione della Banca Contraente attestante l'importo del Debito Residuo del Finanziamento alla data del Sinistro, ovvero, in alternativa – nei casi di anticipata estinzione (integrale o parziale) o di trasferimento del Finanziamento in cui l'Assicurato abbia optato per la prosecuzione dell'Assicurazione fino alla scadenza contrattuale originaria – copia del piano originario di ammortamento.

L'Assicurato, la Persona Designata o i suoi aventi causa, devono:

4. sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
5. consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie, da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa, il cui costo sarà a totale carico dell'Impresa medesima.

L'Impresa si riserva in ogni caso di richiedere o disporre:

6. accertamenti medici o documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro;
7. copia del contratto di Finanziamento;
8. documentazione rilasciata dall'autorità amministrativa o da associazioni di categoria, ovvero copia del contratto di assunzione, per valutare, in funzione dell'attività lavorativa che la Persona Designata sta svolgendo al momento del Sinistro, se e quale copertura assicurativa sia attivabile.

Art.21 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso l'Impresa si impegna a liquidare all'Assicurato le Indennità dovute entro i 30 (trenta) giorni successivi.

Nel caso in cui si siano verificati l'estinzione anticipata del Finanziamento ovvero il trasferimento del Finanziamento stesso (ad esempio, nei casi di Surroga) ai sensi dell'Art. 27 e l'Assicurato abbia optato per la prosecuzione dell'Assicurazione, l'Impresa liquiderà gli Indennizzi dovuti ai sensi di Polizza direttamente all'Assicurato.

Norme comuni a tutte le coperture assicurative

Art. 22 PERCHÉ DEVO COMUNICARE ALL'IMPRESA LE INFORMAZIONI SUL RISCHIO CHE HO ASSICURATO?

La copertura assicurativa è prestata sulla base delle dichiarazioni rese all'atto della sottoscrizione dell'Assicurazione.

Pertanto, le dichiarazioni errate o incomplete possono determinare la perdita parziale o totale del diritto all'Indennizzo o, nei casi più gravi, la cessazione dell'Assicurazione, a norma degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Inoltre, allo scopo di garantire che i termini e le condizioni dell'Assicurazione riflettano in ogni momento il rischio effettivamente esistente, l'Assicurato deve comunicare per iscritto all'Impresa ogni aggravamento del rischio successivo alla stipula.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione della Polizza ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile.

Nel caso di diminuzione del rischio, l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'articolo 1897 del codice civile, e rinuncia al diritto di Recesso.

Art. 23 QUALI SONO I REQUISITI DI ASSICURABILITÀ NECESSARI PER SOTTOSCRIVERE LA POLIZZA?

Sono assicurabili le Persone Designate, residenti nel territorio della Repubblica Italiana, indicate dall'Assicurato, a condizione che:

1. siano amministratore, collaboratore di qualunque tipo, socio, dipendente,
2. alla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione abbiano un'età non inferiore ad anni 18 e inferiore a 60 anni;
3. la somma tra l'età come sopra definita e la durata dell'Assicurazione non sia uguale o superiore a 70 anni;
4. il loro stato di salute sia stato valutato sulla base delle risultanze desunte dal Questionario Sanitario al quale devono necessariamente rispondere;
5. abbiano adempiuto, unitamente all'Assicurato, alle formalità di adesione previste al successivo Art. 25;
6. l'Assicurato e le Persone Designate abbiano sottoscritto congiuntamente la Dichiarazione di Adesione alla Polizza;
7. l'Assicurato abbia perfezionato con la Banca un Finanziamento di durata non superiore a 360 mesi (30 anni) e di importo non superiore a € 600.000.

Art. 24 SOSTITUZIONE DI PERSONE DESIGNATE

In caso di sostituzione di una o più Persone Designate, ovvero di perdita delle stesse dei requisiti di assicurabilità, l'Assicurato deve informare l'Impresa, comunicando anche il nominativo della Persona Designata subentrante che dovrà rispettare i requisiti di cui al precedente Art. 22.

In mancanza di tale comunicazione la copertura assicurativa continuerà ad essere operante per la Persona Designata originariamente indicata.

A seguito della comunicazione sopra citata il subentrante dovrà sottoscrivere, nelle parti a lui relative, l'apposito Modulo di Sostituzione.

La sostituzione della Persona Designata sarà efficace dalle ore 24:00 del giorno della sottoscrizione del

Modulo di Sostituzione, senza che questa debba essere sottoposta a preventiva accettazione da parte dell'Impresa.

Art. 25 QUALI FORMALITÀ SONO NECESSARIE PER ADERIRE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE?

Per accedere alle coperture assicurative, l'Assicurato e la Persona Designata compilano e sottoscrivono:

1. l'apposita Dichiarazione di Adesione, specificando la copertura Assicurativa prescelta e sottoscrivendo le dichiarazioni contenute nel medesimo modulo;
2. il Questionario Sanitario attestante lo stato di salute della Persona Designata.

Le Dichiarazioni di Adesione vengono raccolte dalla Banca Contraente e da questa inviati all'Impresa.

Art. 26 COME PAGO IL PREMIO?

Le coperture assicurative sono offerte a fronte del pagamento di un Premio Unico anticipato, non frazionabile, per tutta la durata del periodo assicurativo.

All'atto della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, il Premio Unico viene corrisposto all'Impresa mediante addebito sul conto corrente aperto dall'Assicurato presso la Banca; in tale caso, l'Assicurato conferisce all'uopo (nella Dichiarazione di Adesione) mandato irrevocabile di pagamento di detto Premio.

In alternativa, in assenza di conto corrente intestato all'Assicurato, quest'ultimo può pagare il Premio Unico a mezzo di assegno circolare o denaro contante (per Premi di importo non superiore al limite massimo fissato dalla normativa vigente al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione).

La Banca Contraente si impegna a versare il Premio Unico all'Impresa per conto degli Assicurati.

Il Premio Unico può essere finanziato da parte della Banca; in tal caso, all'importo del Finanziamento erogato dalla Banca viene aggiunto un importo pari al Premio Unico.

Art. 27 QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Tutte le coperture assicurative hanno la stessa durata del Finanziamento, con un massimo di 360 mesi (30 anni).

Le coperture assicurative hanno effetto dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Finanziamento o, se successive, dalla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione da parte dell'Assicurato, a condizione che sia stato effettuato il pagamento del Premio Unico ai sensi del precedente Art. 26.

Le coperture assicurative cessano alle ore 24:00 del giorno indicato nella Dichiarazione di Adesione, oppure alle ore 24:00 del giorno in cui si verifichi uno dei seguenti eventi:

1. Recesso dell'Assicurato;
2. Sinistro pagato in relazione alla copertura assicurativa "Linea Protezione Debito"; qualora si verifichi tale condizione, le coperture assicurative continueranno ad operare in favore della/e restante/i Persona/e Designata/e, se presente/i;
3. in caso di pensionamento – con riferimento ad un Lavoratore Dipendente – per il caso di "Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia";
4. nel momento in cui l'Impresa venga a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità in capo alla Persona Designata, secondo quanto riportato all'Art. 4, all'Art. 15 e all'Art. 22. Qualora si verifichi tale condizione, le coperture assicurative continueranno ad operare in favore della/e restante/i Persona/e Designata/e, se presente/i;
5. in caso di Accollo del Finanziamento;
6. in caso di estinzione integrale anticipata del Finanziamento (salvo quanto previsto nei successivi commi);

7. in caso di trasferimento del Finanziamento, come ad esempio in caso di Surroga (salvo quanto previsto ai successivi commi).

In caso di anticipata estinzione integrale non successiva a liquidazione dell'Indennizzo, ovvero di trasferimento (Surroga) o di Accollo del Finanziamento, la copertura assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione/trasferimento/Accollo del Finanziamento.

In caso di Accollo, la/e copertura/e assicurativa/e viene/vengono sempre estinta/e alla data di Accollo del Finanziamento.

Art. 28 CHE COS'È LA LETTERA DI BENVENUTO?

Successivamente alla decorrenza della copertura assicurativa, la Banca Contraente provvederà, anche per conto dell'Impresa, ad inviare tempestivamente all'Assicurato una Lettera di Benvenuto, nella quale vengono riportati:

1. il riepilogo delle coperture assicurative sottoscritte;
2. la data di decorrenza;
3. l'importo del Premio versato;
4. i termini per l'esercizio del diritto di Recesso, con l'indicazione, nel caso di finanziamento del Premio (i) di come si ridurrebbe l'importo del Finanziamento e la corrispondente rata dello stesso e (ii) della facoltà di ricevere l'accredito diretto su un conto corrente intestato all'Assicurato stesso della relativa somma;
5. i riferimenti dell'Impresa cui rivolgersi per informazioni.

Art. 29 IL PREMIO PUÒ ESSERE RIMBORSATO UNA VOLTA CESSATA LA COPERTURA ASSICURATIVA?

Il rimborso del Premio è ammesso esclusivamente nei seguenti casi:

1. Accollo del Finanziamento;
2. estinzione integrale anticipata del Finanziamento, escluso il caso di Sinistro pagato in relazione alla copertura assicurativa "Linea Protezione Debito";
3. trasferimento (ad es. Surroga) del Finanziamento;
4. in caso di Recesso dell'Assicurato,

salvo il caso in cui l'Assicurato, limitatamente ai casi di cui ai numeri 2 e 3 non abbia optato per mantenere in vigore l'Assicurazione ai sensi del successivo Art. 31.

Nei casi di cui ai numeri 1, 2 e 3 l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto nei successivi commi, riceverà il rimborso del Premio pagato e non usufruito in virtù della cessazione anticipata rispetto alla scadenza originariamente pattuita, secondo quanto previsto dall'Art. 30.

In caso di Recesso, l'Impresa rimborsa il Premio pagato all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione secondo le modalità di cui al successivo Art. 32.

Il rimborso del rateo di premio pagato e non goduto è previsto anche nei casi di estinzione parziale anticipata del Finanziamento: in tale caso, le coperture assicurative proseguiranno sulla base dell'importo del Debito Residuo risultante da tale estinzione parziale anticipata.

In questi ultimi casi, l'Impresa tratterà le spese di emissione della Polizza pari ad € 15.

Qualora il Premio da restituire risultasse pari o inferiore a suddetto importo, non si darà luogo ad alcun rimborso.

Art. 30 COME VIENE RIMBORSATO IL PREMIO UNICO?

Il rimborso, per ciascuna delle coperture assicurative in vigore alla data in cui si verifica l'evento che ne determina la richiesta, viene effettuato dall'Impresa all'Assicurato secondo la formula seguente:

$$Pr = Pu \times (Dr / Dp) - Sp$$

dove:

Pr = Premio da rimborsare all'Assicurato	Dp = Durata dell'intero periodo assicurativo espressa in numero di mesi interi
Pu = Premio Unico, al netto delle imposte, corrisposto dall'Assicurato all'atto della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione	Sp = Spese di rimborso sotto specificate
Dr = Durata residua del periodo assicurativo, espressa in numero di mesi interi, alla data evento che determina la richiesta di rimborso	

Nei casi di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, il rimborso del rateo di Premio Unico viene effettuato dall'Impresa all'Assicurato secondo la formula seguente:

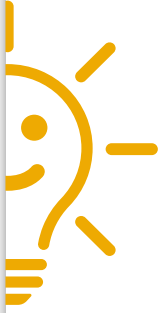
$$Pr = Pu \times (Dr / Dp) \times (Cap.E/Cap.Res.) - Sp$$

dove:

Pr = Premio da rimborsare all'Assicurato	Cap. E = Capitale che si è estinto al tempo t
Pu = Premio Unico, al netto delle imposte, corrisposto dall'Assicurato all'atto della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione	Cap. Res. = Capitale Residuo al momento dell'estinzione
Dr = Durata residua del periodo assicurativo, espressa in numero di mesi interi, alla data evento che determina la richiesta di rimborso	Sp = Spese di rimborso sotto specificate
Dp = Durata dell'intero periodo assicurativo espressa in numero di mesi interi	

In questi casi l'Impresa tratterrà le spese di emissione della Polizza pari a € 15.

Qualora il Premio da restituire risultasse inferiore o pari a tale importo, non si darà luogo ad alcun rimborso.



Quanto restituisce l'Impresa se estinguo il Finanziamento in anticipo?

Esempio

Decorrenza delle coperture assicurative	01/02/2019
Scadenza delle coperture assicurative	01/02/2039
Capitale richiesto iniziale	€ 100.000,00
Data estinzione anticipata	01/08/2030
MI+IPT	Si
ITT+RO	Si
Mesi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di anticipata estinzione	138
PREMIO	€ 4.073,51
Costi sul premio imponibile in valore assoluto	€ 2.240,43
Provvigioni	€ 1.629,40
Spese di emissione	€ 15,00
Premio versato al netto dei costi	€ 1.833,08
Debito Residuo (*)	€ 54.510,04
Estinzione anticipata PARZIALE	
Capitale estinto	€ 25.000,00
Premio da rimborsare all'Assicurato senza applicazione delle spese	€ 1.074,24
Premio da rimborsare all'Assicurato con applicazione delle spese	€ 1.059,24
Estinzione anticipata TOTALE	
Capitale estinto (*)	€ 54.510,04
Premio da rimborsare all'Assicurato senza applicazione delle spese	€ 2.342,27
Premio da rimborsare all'Assicurato con applicazione delle spese	€ 2.327,27

Art. 31 NEI CASI DI ANTICIPATA ESTINZIONE O DI TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO, È POSSIBILE MANTENERE IN VIGORE LE COPERTURE ASSICURATIVE?

Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione integrale o parziale o del trasferimento del Finanziamento, in alternativa al rimborso del Premio, l'Assicurato può richiedere per iscritto all'Impresa di mantenere in vigore la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno oppure utilizzando l'apposito modulo disponibile presso la sede della Banca Contraente.

Resta inteso che, in mancanza di espressa determinazione dell'Assicurato, contestuale all'estinzione anticipata o al trasferimento del Finanziamento:

- a. in caso di estinzione anticipata integrale o trasferimento del Finanziamento, le coperture assicurative cesseranno e il rateo di premio pagato e non goduto verrà rimborsato secondo quanto previsto all'Art. 30;
- b. in caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, le coperture assicurative proseguiranno sulla base dell'importo del debito residuo risultante dall'intervenuta estinzione parziale e il rateo di Premio pagato e non goduto verrà rimborsato secondo quanto previsto all'Art. 30.

Nel caso di estinzione o di trasferimento del Finanziamento (Surroga), qualora l'Assicurato intenda mantenere la copertura assicurativa, la Polizza continuerà per la durata ed alle condizioni pattuite in relazione all'originario piano di ammortamento del Finanziamento al momento dell'adesione.

Art. 32 È POSSIBILE RECEDERE DALL'ASSICURAZIONE?

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della Polizza. Il Recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale della Banca Contraente oppure dandone comunicazione scritta all'Impresa mediante lettera raccomandata A/R. Il Recesso dell'Assicurato determina la cessazione di tutte le coperture assicurative dalla data di emissione della Polizza.

Qualora l'Assicurato avesse già corrisposto il Premio Unico, l'Impresa provvederà al suo rimborso, al netto delle imposte senza applicazione di alcun costo o onere per l'Assicurato, entro i 45 (quarantacinque) giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di Recesso.

Nel caso in cui il Premio Unico fosse stato finanziato dalla Banca Contraente, l'importo rimborsato sarà destinato alla parziale estinzione del Debito Residuo in linea capitale, con conseguente ricalcolo del piano di ammortamento del Finanziamento e riduzione dell'importo della rata o (a scelta dell'Assicurato) della durata del Finanziamento, senza applicazione di alcun costo o onere per l'Assicurato stesso. In tale caso, l'Assicurato esonera l'Impresa da qualsiasi responsabilità derivante dalla messa a disposizione della Banca Contraente dell'importo rimborsato.

L'Assicurato, in alternativa a quanto sopra, può optare per ricevere l'accredito diretto su un conto corrente a lui intestato da parte dell'Impresa del Premio Unico, richiedendo espressamente, nella comunicazione di recesso, tale restituzione diretta. Resta inteso che, in assenza di tale indicazione, l'importo rimborsato sarà destinato alla parziale estinzione del Debito Residuo secondo le modalità sopra descritte.

Art. 33 LE COPERTURE ASSICURATIVE PRESTATE DALL'IMPRESA POSSONO CUMULARSI CON QUELLE PREVISTE DA ALTRE POLIZZE?

Le coperture assicurative prestate dall'Impresa con la presente Polizza possono cumularsi con quelle di altre polizze di assicurazione a favore dell'Assicurato.

Art. 34 POSSO CEDERE AD ALTRI I DIRITTI DERIVANTI DALL'ASSICURAZIONE?

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla presente Assicurazione.

Art. 35 È POSSIBILE RISOLVERE EVENTUALI CONTROVERSIE RICORRENDO ALL'ARBITRATO?

L'Assicurato e l'Impresa hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione delle lesioni, degli Infortuni, delle Malattie o sul grado di Invalidità Permanente oggetto delle coperture assicurative. In tal caso l'Assicurato e l'Impresa conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Tale luogo si intende la città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina all'Assicurato.

L'Assicurato e l'Impresa sostengono le proprie spese e remunerano il medico da esse designato, contribuendo ognuna per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti e sono vincolanti per le parti.

Art. 36 IN QUALI ALTRI MODI POSSONO ESSERE RISOLTE EVENTUALI CONTROVERSIE?

In tutti i casi in cui le parti intendano rivolgersi all'Autorità Giudiziaria per la risoluzione di una controversia civile tra di loro insorta in relazione alla Polizza, esse dovranno esperire un tentativo di conciliazione rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia, e avente sede nel medesimo luogo ove il giudice territorialmente competente sarebbe chiamato a decidere la controversia, ove espressamente previsto dalla legge.

Per qualunque controversia relativa all'esecuzione o interpretazione della presente Polizza o comunque dalla stessa derivante il Foro competente sarà quello di residenza della parte attrice, ad eccezione del caso in cui l'Assicurato rivesta la qualifica di consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D.Lgs. n. 206/2005. In tale ultimo caso sarà competente il Foro nella cui circoscrizione si trova la residenza o il domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 37 PERCHÉ DEVO COMUNICARE ALL'IMPRESA LE INFORMAZIONI SUL RISCHIO CHE HO ASSICURATO?

Le dichiarazioni dell'Assicurato hanno costituito la base sulla quale l'Impresa ha deciso di stipulare l'Assicurazione e di determinare il Premio e i limiti di Indennità indicati nella Polizza.

Pertanto, le dichiarazioni errate o incomplete possono determinare per l'Assicurato la perdita del diritto all'Indennità o, nei casi più gravi, la cessazione dell'Assicurazione, a norma degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Art. 38 QUANDO SI PRESCRIVONO I DIRITTI DERIVANTI DALL'ASSICURAZIONE?

I diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono nel termine di 2 (due) anni ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile.

Art. 39 L'IMPRESA CHE MI HA INDENNIZZATO PUÒ SURROGARSI NEI MIEI DIRITTI VERSO I TERZI RESPONSABILI DEL SINISTRO?

No, perché, in deroga a quanto previsto dall'articolo 1916 del codice civile, l'Impresa rinuncia al diritto di rivalersi nei confronti dei responsabili del Sinistro per quanto corrisposto all'Assicurato a titolo di Indennizzo.

Art. 40 È POSSIBILE MODIFICARE L'ASSICURAZIONE?

Qualsiasi modifica all'Assicurazione deve essere provata per iscritto.

Art. 41 A CARICO DI CHI SONO GLI ONERI FISCALI?

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge relativi alla Polizza sono a carico dell'Assicurato.

Le imposte d'assicurazione ed eventuali altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi alla Polizza, sono a carico dell'Assicurato.

Art. 42 COME SONO EFFETTUATE LE COMUNICAZIONI TRA LE PARTI?

Tutte le comunicazioni tra l'Assicurato, la Banca Contraente e l'Impresa dovranno essere trasmesse a mezzo di lettera raccomandata A/R o mediante altra forma scritta, ove non diversamente previsto dal contratto.

Eventuali comunicazioni da parte dell'Impresa all'Assicurato saranno indirizzate al domicilio di quest'ultimo come risultante dalla Dichiarazione di Adesione.

Art. 43 QUALE LEGGE DISCIPLINA L'ASSICURAZIONE?

L'Assicurazione è disciplinata dal diritto italiano. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Glossario

Di seguito si riportano le definizioni dei termini assicurativi utilizzati nelle presenti condizioni di assicurazione. I termini definiti al singolare avranno medesimo significato anche al plurale e viceversa, ove il contesto lo richieda.

Accollo	contratto con il quale un soggetto (accollante) assume il debito che l'Assicurato (accollato) ha nei confronti della Banca (accollatario) in forza del Finanziamento, con o meno la liberazione dell'accollato a seconda della volontà delle parti (articolo 1273 del codice civile).
Assicurato	il soggetto titolare del Finanziamento che ha sottoscritto la Dichiarazione di Adesione ed il cui interesse è protetto dalla copertura assicurativa.
Assicurazione	contratto che regola i rapporti tra l'Assicurato, la Banca Contraente e l'Impresa, nell'ambito del quale l'Impresa, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a corrispondere all'Assicurato una Indennità al verificarsi di un Sinistro.
Attività Sportiva Professionistica	attività sportiva svolta a titolo oneroso e con carattere di continuità da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni Sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.
Banca	la banca che eroga il Finanziamento.
Banca Contraente	UBI Banca S.p.A., Banca che eroga il Finanziamento e che ha stipulato la polizza collettiva per conto dell'Assicurato ai sensi dell'articolo 1891 del codice civile.
Carenza	periodo di tempo che intercorre fra la data di efficacia della Polizza e l'inizio della garanzia assicurativa, durante il quale la copertura per la prestazione indicata si intende inoperante.
Cartella Clinica	documento ufficiale, avente la natura di atto pubblico, redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.
Debito Residuo, Capitale Assicurato	l'importo residuo in linea capitale del Finanziamento, dovuto dall'Assicurato alla Banca erogatrice del Finanziamento (al netto di eventuali rate insolute), compresi gli interessi maturati al momento del Sinistro e non ancora corrisposti, escluso qualsiasi altro importo dovuto dall'Assicurato quale, a titolo esemplificativo e non limitativo, penali, commissioni bancarie, spese di incasso, corrispettivi per risoluzione anticipata ecc.
Dichiarazione di Adesione	documento o modulo sottoscritto dall'Assicurato con il quale egli manifesta all'Impresa la volontà di aderire alla Polizza in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso applicate.
Finanziamento	il contratto con il quale la Banca Contraente concede all'Assicurato un finanziamento con le seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> a. importo erogato fino ad un massimo di € 600.000 e di durata non superiore a 360 mesi (30 anni); b. destinato a finanziare esigenze legate all'esercizio dell'attività produttiva dell'Assicurato; c. erogato in un'unica soluzione e con rimborso in base ad un piano di ammortamento alla francese.
Franchigia (Periodo di)	periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile ai termini di Polizza, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Indennità.

Impresa	CARGEAS Assicurazioni S.p.A.
Inabilità Temporanea Totale	l'impossibilità fisica di esercitare la propria professione o mestiere, a condizione che, nel periodo assicurativo in cui si è verificato il Sinistro, la Persona Designata eserciti effettivamente una regolare attività lavorativa.
Indennità, Indennizzo	la somma liquidabile dall'Impresa a termini di Polizza.
Indennità Mensile	importo pari alla rata in scadenza se mensile, a 1/3 se trimestrale, a 1/6 se semestrale, comprensivo di quota capitale e interessi con riferimento al piano di ammortamento relativo al Finanziamento in essere con la Banca.
Infortunio	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Invalità Permanente Totale	la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione o mestiere svolta dall'Assicurato, in misura superiore al 59% della capacità totale.
Istituto di Cura	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, sia convenzionato che non convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, dotato di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di stati patologici mediante l'intervento di personale medico o paramedico abilitato. Non sono considerati convenzionalmente istituti di cura: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungo-degenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative.
Lavoratore Autonomo	indica: <ul style="list-style-type: none"> a. la persona fisica che esercita un'attività lavorativa regolare per la quale, ai fini IRPEF, non percepisce un reddito da lavoro dipendente; b. il lavoratore subordinato che percepisce un reddito a fronte di contratti a progetto o di somministrazione lavoro, compresi i lavoratori interinali; c. il lavoratore che presta il proprio lavoro alle dipendenze di altri con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, compresi a titolo esemplificativo i contratti di inserimento (ex contratti di formazione lavoro), di apprendistato e di lavoro intermittente (o a chiamata).
Lavoratore Dipendente	la persona fisica che presta il proprio lavoro alle dipendenze di altri con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, assunta da almeno 6 mesi e con periodo di prova già superato. Sono esclusi i lavoratori il cui contratto di lavoro sia stipulato all'estero e non regolato dalla legge italiana.
Lettera di Benvenuto	lettera inviata all'Assicurato dalla Banca Contraente, anche in nome e per conto dell'Impresa, successivamente alla decorrenza della copertura assicurativa.
Malattia	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Malattia Progressa	Malattia che è l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della Polizza, già nota all'Assicurato in quanto già diagnosticata alla data di sottoscrizione della Polizza stessa e/o già evidenziata mediante accertamenti clinici e/o strumentali e/o già trattata con terapie.
Modulo di Sostituzione	il documento sottoscritto dall'Assicurato e dalla nuova Persona Designata mediante il quale viene indicata la nuova Persona Designata in sostituzione di quella uscente.

Morte	il decesso della Persona Designata avvenuto a seguito di Infortunio.
Persona Designata	la persona fisica (amministratore, collaboratore di qualunque tipo, socio, dipendente) di rilevante importanza per l'Assicurato ed indicata dallo stesso, di età non superiore ai 60 anni alla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, che, presentando i requisiti di assicurabilità, ha sottoscritto, unitamente all'Assicurato, l'apposita Dichiarazione di Adesione.
Polizza	il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	la somma dovuta all'Impresa per la copertura assicurativa.
Premio Unico	importo da corrispondere in soluzione unica all'Impresa al momento della stipula della Polizza.
Questionario Sanitario	modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che l'Impresa utilizza al fine di valutare i rischi che assume con l'Assicurazione.
Ricovero Ospedaliero	la permanenza in Istituto di Cura, con almeno un pernottamento, resa necessaria da Infortunio o Malattia.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
Surroga	sostituzione nel Finanziamento ai sensi dell'art. 120- <i>quater</i> del decreto legislativo n° 385 del 1° settembre 1993 (c.d. "portabilità passiva").
UBI Banca	UBI Banca S.p.A., con sede in Bergamo, Piazza Vittorio Veneto, 8.

Articoli del codice civile richiamati nelle condizioni di Assicurazione

Art. 1273. ACCOLLO.

Se il debitore e un terzo convengono che questi assuma il debito dell'altro, il creditore può aderire alla convenzione, rendendo irrevocabile la stipulazione a suo favore.

L'adesione del creditore importa liberazione del debitore originario solo se ciò costituisce condizione espressa della stipulazione o se il creditore dichiara espressamente di liberarlo.

Se non vi è liberazione del debitore, questi rimane obbligato in solido col terzo.

In ogni caso il terzo è obbligato verso il creditore che ha aderito alla stipulazione nei limiti in cui ha assunto il debito, e può opporre al creditore le eccezioni fondate sul contratto in base al quale l'assunzione è avvenuta.

Art. 1891. ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI O PER CONTO DI CHI SPETTA.

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE.

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894. ASSICURAZIONI IN NOME O PER CONTO DI TERZI.

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichia-

razioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

**Art. 1897.
DIMINUIZIONE DEL RISCHIO.**

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

**Art. 1898.
AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.**

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

**Art. 1916.
DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE.**

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

**Art. 2952.
PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE.**

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

CARGĒAS[®]
ASSICURAZIONI

www.cargeas.it