

POLIZZA MUTUO FINECO

(Adesione riservata ai clienti di Fineco Bank S.p.A.)

(Polizze Collettive n. 10116 – n. 120172) (mod. FC-A/F - FCV)

Il presente documento contiene il SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE del prodotto assicurativo composto da:

- **DIP DANNI**
- **DIP VITA**
- **DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (comprehensive di Glossario)**
- **MODULO DI ADESIONE (*facsimile*)**

Ed inoltre:

- **Nota informativa Privacy**
- **Nota Informativa sulle Tecniche di Comunicazione a Distanza**



AXA FRANCE IARD (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 722057460. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 4022109. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 10345000961 - REA MI-2525152 Telefono: 02/6737151 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafranceiard@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00148.

AXA FRANCE VIE (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/6737151 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

DIP DANNI

Assicurazione danni connessa ai mutui erogati da FINECO BANK S.P.A.

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AXA France VIE / AXA France IARD (*Rappresentanze Generali per l'Italia*)

Autorizzate in Francia (stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni e autorizzate ad operare in Italia in regime di libertà di stabilimento. Iscritte all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149- I.00148.

Prodotto: Polizza Mutuo Fineco



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

POLIZZA MUTUO FINECO è una Polizza Collettiva stipulata dalla banca FINECO BANK S.P.A. (**contraente**) per conto dei propri clienti mutuatari, che in qualità di **aderenti/assicurati** possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. La polizza ha finalità di protezione dell'assicurato contro l'accadimento di eventi impreveduti che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di rimborso alla banca del mutuo. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 4 diversi pacchetti assicurativi. Ciascun pacchetto assicurativo prevede l'offerta congiunta di garanzie di ramo danni (cui il presente DIP Danni si riferisce) e di una garanzia di ramo vita (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Vita).



Che cosa è assicurato?

PACCHETTO ASSICURATIVO 1 (attivabile solo da Lavoratori Dipendenti Privati)

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (Garanzia Base)** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo alla data del Sinistro.
- ✓ **Perdita d'Impiego Involontaria a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, che generi lo stato di Disoccupazione (Garanzia Lavoro)** - Indennizzo pari ad una o più rate del Mutuo per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

PACCHETTO ASSICURATIVO 2 (attivabile solo da Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti Pubblici)

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (Garanzia Base)** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo alla data del Sinistro.
- ✓ **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (Garanzia Lavoro)** - Indennizzo pari ad una o più rate del Mutuo per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità.

PACCHETTO ASSICURATIVO 3 (attivabile solo da Non Lavoratori)

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (Garanzia Base)** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo alla data del Sinistro.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia (Garanzia Lavoro)** - Indennizzo pari ad una o più rate del Mutuo per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero (solo il primo Indennizzo è corrisposto dopo 3 giorni consecutivi di ricovero).

PACCHETTO ASSICURATIVO 4 (attivabile da tutti gli aderenti)

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (Garanzia Base)** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo alla data del Sinistro.

È assicurabile il soggetto intestatario del Mutuo (per l'intero al 100%), oppure due intestatari del Mutuo (pro-quota al 50%).



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ chi non è residente in Italia;
- ✗ chi ha stipulato (o è co-intestatario di) un mutuo con la banca privo di anche uno solo dei seguenti requisiti: (i) finalità acquisto 1^a-2^a casa, Mutuo Surroga, Mutuo Sostituzione, Mutuo Liquidità, Mutuo Sostituzione+Liquidità); (ii) durata massima 30 anni; (iii) importo erogato massimo 1 milione di Euro;
- ✗ chi non ha i seguenti requisiti di età: età compresa tra i 18 ed i 65 anni, massimo 75 anni alla scadenza del Mutuo.



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni garanzie Invalidità, Inabilità e Ricovero Ospedaliero

- ! partecipazione attiva ad atti dolosi;
- ! atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;
- ! abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- ! pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta
- ! 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;
- ! malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress);
- ! lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici.



Principali esclusioni garanzia Perdita d'Impiego Involontaria

- ! 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.
- ! la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo o disciplinare;
- ! il contratto di lavoro non è regolato dalla legge italiana
- ! 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);
- ! l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- ! l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- ! la perdita di impiego è conseguenza della naturale scadenza di un termine apposto al contratto di lavoro

Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:** quando sottoscrivi il modulo di adesione, devi compilare il questionario medico o il rapporto di visita medica rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul tuo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo
- **Nel corso della durata del contratto:** in caso di variazione dello status lavorativo puoi decidere di: (i) comunicare la circostanza all'Impresa richiedendo la cessazione di tutte le garanzie del Pacchetto (con diritto alla restituzione del premio non goduto), oppure in alternativa (ii) non comunicare la circostanza all'Impresa. In tal caso tutte le garanzie del Pacchetto attivato rimarranno operanti, salva la garanzia Perdita d'Impiego Involontaria del Pacchetto 1, che non sarà più operante (salvo che tu riacquisti nuovamente lo stato di lavoratore dipendente)
- **In caso di presentazione di una richiesta di Sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a corrispondere un premio unico ed anticipato per l'intera durata dell'assicurazione come segue: **a) all'adesione (tutte le coperture):** in caso di mutuo 1^a-2^a casa / mutuo sostituzione / mutuo liquidità / mutuo sostituzione+liquidità: l'importo del premio unico anticipato ti viene sempre finanziato dal contraente con il contratto di mutuo - in caso di mutuo surroga: l'importo del premio unico anticipato non ti viene mai finanziato, e devi corrisponderlo 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:** sei tenuto a versare un premio annuale 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).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Tutte le coperture decorrono dalle ore 24:00 della data di erogazione del Mutuo. La Garanzia Base ha una durata pari a quella del Mutuo (massimo 30 anni). Le Garanzie Lavoro hanno durata pari a 10 anni. Se il Mutuo ha durata superiore ai 10 anni, a tale scadenza le Garanzie Lavoro si rinnovano tacitamente di anno in anno – sino alla data di scadenza del Mutuo – alle medesime condizioni originarie, fatta salva la facoltà di disdetta da parte tua e da parte della compagnia con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale.



Come posso disdire la polizza?

Puoi recedere dal contratto: a) entro il termine di 60 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione; b) annualmente, con preavviso di

almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza (puoi recedere annualmente da tutte le coperture o dalle sole Garanzie Lavoro).

DIP VITA

Assicurazione vita connessa ai mutui erogati da FINECO BANK S.P.A.

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)

Impresa: AXA France VIE (Rappresentanza Generale per l'Italia)




Versione 15/02/2019
Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

POLIZZA MUTUO FINECO è una Polizza Collettiva stipulata dalla banca FINECO BANK S.P.A. (**contraente**) per conto dei propri clienti mutuatari, che in qualità di **aderenti/assicurati** possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. La polizza ha finalità di protezione dell'assicurato contro l'accadimento di eventi imprevisti che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di rimborso alla banca del mutuo. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 4 diversi pacchetti assicurativi. Ciascun pacchetto assicurativo prevede l'offerta congiunta di una garanzia di ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce) e di altre garanzie di ramo danni (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Danni).

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>PACCHETTO ASSICURATIVO 1 (attivabile solo da Lavoratori Dipendenti Privati)</p> <p>✓ Decesso (Garanzia Base) - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo alla data del Sinistro.</p> <p>PACCHETTO ASSICURATIVO 2 (attivabile solo da Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti Pubblici)</p> <p>✓ Decesso (Garanzia Base) - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo alla data del Sinistro.</p> <p>PACCHETTO ASSICURATIVO 3 (attivabile solo da Non Lavoratori)</p> <p>✓ Decesso (Garanzia Base) - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo alla data del Sinistro</p>	<p>Non è assicurabile:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ chi non è residente in Italia;✗ chi ha stipulato (o è co-intestatario di) un mutuo con la banca privo di anche uno solo dei seguenti requisiti: (i) finalità acquisto 1^a-2^a casa, Mutuo Surroga, Mutuo Sostituzione, Mutuo Liquidità, Mutuo Sostituzione+Liquidità); (ii) durata minima 10 e massima 30 anni; (iii) importo erogato massimo 1 milione di Euro;✗ chi non ha i seguenti requisiti di età: età compresa tra i 18 ed i 65 anni, massimo 75 anni alla scadenza del Mutuo.
<p>E' assicurabile il soggetto intestatario del Mutuo (per l'intero al 100%), oppure due intestatari del Mutuo (pro-quota al 50%).</p>	<h3> Ci sono limiti di copertura?</h3> <p>Principali esclusioni garanzia Decesso</p> <ul style="list-style-type: none">! partecipazione attiva ad atti dolosi;! atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da sé stesso procurato;! suicidio entro i primi 12 mesi dalla data di decorrenza! abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope;! pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta! 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, idroscì, sci acrobatico, kite-surfing;



! malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress).

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:** quando sottoscrivi il modulo di adesione, hai il dovere di compilare il questionario medico o il rapporto di visita medica rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul tuo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo
- **Nel corso della durata del contratto:** in caso di variazione dello status lavorativo puoi decidere di: (i) comunicare la circostanza all'Impresa richiedendo la cessazione di tutte le garanzie del Pacchetto (con diritto alla restituzione del premio non goduto), oppure in alternativa (ii) non comunicare la circostanza all'Impresa. In tal caso la garanzia Decesso rimarrà comunque operante.
- **In caso di presentazione di una richiesta di Sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



Quando e come devo pagare?

- Sei tenuto a corrispondere un premio unico ed anticipato per l'intera durata dell'assicurazione come segue: **a) all'adesione (tutte le coperture):** in caso di mutuo 1^a-2^a casa / mutuo sostituzione / mutuo liquidità / mutuo sostituzione+liquidità: l'importo del premio unico anticipato ti viene sempre finanziato dal contraente con il contratto di mutuo - in caso di mutuo surroga: l'importo del premio unico anticipato non ti viene mai finanziato, e devi corrisponderlo 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:** sei tenuto a versare un premio annuale 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).
- L'ammontare del Premio è in funzione dell'età dell'Aderente/Assicurato, della durata dell'assicurazione e del Capitale Assicurato Iniziale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24:00 della data di erogazione del Mutuo, ed ha una durata pari a quella del Mutuo (massimo 30 anni).



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

- Prima del perfezionamento del contratto, ha diritto di revocare in ogni momento la tua adesione alla polizza collettiva
- Puoi recedere dal contratto: a) entro il termine di 60 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione; b) annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza (puoi recedere annualmente da tutte le coperture o dalle sole Garanzie Lavoro)



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- Il contratto NON prevede il diritto di riattivare il contratto in caso di interruzione del pagamento dei premi
- Il contratto NON prevede il diritto di riscatto o di riduzione delle prestazioni

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Assicurazione vita e danni connessa ai mutui erogati da FINECO BANK SPA

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi
(DIP aggiuntivo Multirischi)

Imprese: AXA France VIE / AXA France IARD (*Rappresentanze Generali per l'Italia*)
Prodotto: Polizza Mutuo Fineco

Versione 15/02/2019
Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale aderente/assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RAMO VITA (garanzia Decesso) – RAMO DANNI (garanzia Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero)

AXA FRANCE VIE (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/6737151 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

Patrimonio netto di AXA France Vie: 8.148 milioni di euro di cui 487,7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 7.660,3 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2017).

Gli indici di solvibilità dell'impresa relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 149% e 331%, che rappresentano rispettivamente il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) e il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale minimo (MCR). I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della compagnia <https://it.clp.partners.axa/la-nostra-societa/informazioni-di-vigilanza-assicurativa> mentre la Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria è pubblicata sul sito francese della compagnia <https://www.axa.fr/configuration-securite/mentions-legales.html>.

RAMO DANNI (garanzia Perdita d'Impiego Involontaria)

AXA FRANCE IARD (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 722057460. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 4022109. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 10345000961 - REA MI-2525152 Telefono: 02/6737151 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafranceiard@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00148.

Patrimonio netto di AXA France IARD: 1.440,5 milioni di euro di cui 214,8 milioni di euro relativi al capitale sociale e 1.225,7 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2017).

Gli indici di solvibilità dell'impresa riferiti alla gestione danni e relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 159% e 354%, che rappresentano rispettivamente il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) e il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale minimo (MCR). I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della compagnia <https://it.clp.partners.axa/la-nostra-societa/informazioni-di-vigilanza-assicurativa> mentre la Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria è pubblicata sul sito francese della compagnia <https://www.axa.fr/configuration-securite/mentions-legales.html>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ramo vita

- **Decesso (TUTTI I PACCHETTI):** la prestazione è soggetta ad un massimale di €1.000.000,00. Dal calcolo del Debito Residuo del Mutuo sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.)

Ramo danni

- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (TUTTI I PACCHETTI):** l'Indennizzo è soggetto ad un massimale di €1.000.000,00. Dal calcolo del Debito Residuo del Mutuo sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.).
- **Disoccupazione da Perdita d'Impiego Involontaria (PACCHETTO 1):** l'indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo Euro 3.500,00 per ogni rata indennizzata; massimo 12 rate indennizzate, nel caso un medesimo sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.
- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (PACCHETTO 2):** l'Indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo Euro 3.500,00 per ogni rata indennizzata; massimo 12 rate indennizzate, nel caso un medesimo sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.
- **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia (PACCHETTO 3):** l'indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo Euro 3.500,00 per ogni rata indennizzata; massimo 12 rate indennizzate, nel caso un medesimo sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita



Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita

Esclusioni garanzia **Decesso** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Vita):

- malattie tropicali o epidemiche;
- partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- 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;
- 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;
- 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

Rami Danni

Esclusioni garanzia **Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea, Ricovero Ospedaliero** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- malattie tropicali o epidemiche;
- 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;
- lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
- 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;
- 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

Altre limitazioni garanzia **Invalidità Totale Permanente:**

- ai fini del diritto all'indennizzo, la domanda per il riconoscimento dell'Invalidità Totale Permanente da Infortunio deve essere presentata entro 12 mesi data del verificarsi dell'Infortunio che l'ha provocata.

Esclusioni garanzia **Perdita d'Impiego Involontaria** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento
- perdita del posto di lavoro per dimissioni o altre cause dipendenti dalla volontà dell'Assicurato, quali la risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di un accordo intercorso col datore di lavoro

Altre limitazioni garanzia **Perdita d'Impiego Involontaria**:

- Periodo di Franchigia: 60 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 60gg. consecutivi di Disoccupazione)
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 90 giorni
- In caso di sinistro occorso a lavoratori con contratto a tempo determinato o con contratti aventi comunque un termine di naturale scadenza, il diritto al percepimento dell'indennizzo cessa alla data di scadenza del contratto di lavoro originariamente prevista; conseguentemente, non verranno indennizzate le rate relative al periodo successivo alla originaria data di scadenza del contratto di lavoro, anche in caso di persistenza, oltre tale data, dello stato di Disoccupazione

Altre limitazioni garanzia **Inabilità Totale Temporanea**:

- Periodo di Franchigia: 30 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 30gg. consecutivi di inabilità)
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 30 giorni se stesso/a Infortunio/Malattia del precedente Sinistro – 90 giorni se diverso/a Infortunio/Malattia del precedente Sinistro

Altre limitazioni garanzia **Ricovero Ospedaliero**:

- Periodo di Franchigia: 3 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 3gg. consecutivi di ricovero)
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 30 giorni se stesso/a Infortunio/Malattia del precedente Sinistro – 90 giorni se diverso/a Infortunio/Malattia del precedente Sinistro

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre l'Impresa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America (esclusione applicabile sia al Ramo Vita che al Ramo Danni).

Gli Indennizzi previsti per ciascuna copertura assicurativa non sono mai cumulabili in riferimento al medesimo periodo temporale.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro


Denuncia di sinistro: I sinistri vanno denunciati alla società AXA PARTNERS (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto dell'Impresa) nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:

- **via posta (anche raccomandata):** AXA PARTNERS – Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- **via e-mail:** clp.it.sinistri@partners.axa
- **via fax:** 02-23331247

anche utilizzando l'apposito modulo di denuncia sinistro (richiedibile ai contatti sopra indicati), allegando alla denuncia il piano di ammortamento del Mutuo e la seguente documentazione (in copia):

- **DECESSO:** documento di identità del/i Beneficiario/i; certificato di morte rilasciato dal Comune / certificato necroscopico rilasciato dall'ASL; dichiarazione sostitutiva di atto notorio (se non sono stati indicati nominativamente i beneficiari); autorizzazione del giudice tutelare (solo in caso di beneficiari minorenni); copia autentica del testamento (solo se esistente); referto medico attestante le cause patologiche del Decesso; referto autoptico (se è stata eseguita autopsia); cartella clinica con evidenza della diagnosi INIZIALE della malattia che ha condotto al Decesso; in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, o altro), copia del verbale delle Forze dell'Ordine o di altro documento rilasciato dalle autorità competenti; copia del rapporto del 118 o del pronto soccorso se intervenuti.
- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE:** documento di identità dell'Aderente/Assicurato; notifica di Invalidità Totale Permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) e relativo verbale della commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente; o, in difetto, di relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e il relativo grado, nonché i dettagli dell'evento che l'ha generata. Cartella clinica con evidenza della diagnosi INIZIALE della

	<p>malattia che ha condotto all'invalidità; in caso di invalidità da infortunio, o incidente stradale, copia del verbale delle Forze dell'Ordine o di altro documento rilasciato dalle autorità competenti; copia del rapporto del 118 o del pronto soccorso se intervenuti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - INABILITA' TOTALE TEMPORANEA: documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale; 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:;) 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. - PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA: documento di identità dell'Aderente/Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale; piano di ammortamento alla data di stipula del Finanziamento con evidenza delle rate dovute; scheda professionale, datata recentemente, rilasciata dal Centro per l'Impiego, contenente le informazioni sulla data di inizio e fine di tutti i lavori svolti e sulla tipologia di contratto e numero di ore lavorative settimanali; lettera di licenziamento inviata dal datore di lavoro all'Aderente/Assicurato, datata, firmata e timbrata dal datore di lavoro e contenente la causa del licenziamento; in caso di Cassa Integrazione Straordinaria: Orima lettera di messa in CIGS inviata dal datore di lavoro all'Aderente/Assicurato, recante nome e cognome dell'Aderente/Assicurato, effettiva tipologia di "Cassa Integrazione", a data di inizio della CIGS e relativa durata, copia del Prospetto INPS o copia del Foglio Presenze (Libro Unico del Lavoro), relativo all'effettivo periodo di CIGS goduta - RICOVERO OSPEDALIERO: documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale; certificato di ricovero in Istituto di Cura o cartella clinica. Inoltre, solo in caso di inabilità da infortunio (compreso incidente stradale:;) 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. <p>Prescrizione garanzia VITA: 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, la compagnia provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.</p> <p>Prescrizione garanzie DANNI: 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p> <p>Liquidazione delle prestazioni: L'Impresa liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>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. Se l'Impresa, 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.</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Gli importi di premio sono comprensivi di imposte, qualora applicabili.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>Hai diritto al rimborso del primo premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recedi dal contratto entro i primi 60 giorni dalla stipula. Solo in riferimento alle Garanzie Lavoro: hai diritto al rimborso del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte applicabili) se recedi dal contratto a ciascuna annualità di durata, nei termini previsti, ed anche se, a seguito di cambio status lavorativo, decidi di chiedere all'Impresa la cancellazione di tale Garanzia Lavoro.</p>
<p>Sconti</p>	<p>Né l'Impresa né l'intermediario possono applicare sconti di premio.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Per alcune garanzie è previsto il seguente Periodo di Carenza iniziale, durante il quale l'assicurazione non è operante: <ul style="list-style-type: none"> • Perdita d'Impiego Involontaria: 90 giorni • Inabilità Totale Temporanea (solo da Malattia): 30 giorni • Ricovero Ospedaliero (solo da Malattia): 30 giorni
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie in corso di contratto.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	Prima del perfezionamento del contratto, hai diritto di revocare in ogni momento la tua adesione alla polizza collettiva mediante comunicazione al Contraente per il tramite del proprio numero verde 800.88.55.11 o via fax al nr. 02-87152739
Recesso	<ul style="list-style-type: none"> • Puoi recedere dal contratto: a) entro il termine di 60 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione, sostituendo la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27). In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e ti sarà rimborsato l'importo di Premio eventualmente già versato (al netto delle imposte); b) annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza (puoi recedere annualmente da tutte le coperture o dalle sole Garanzie Lavoro). In tal caso, l'assicurazione cessa alla successiva scadenza annuale e ti verrà restituita dalla banca la parte di premio relativa alle annualità pagate e non godute (al netto delle imposte), applicando la formula prevista dalle condizioni contrattuali. • I rimborsi di Premio saranno effettuati dalla banca mediante corrispondente riduzione della rata del Mutuo (in caso di Premio finanziato) oppure mediante accredito in conto corrente (in caso di Premio non finanziato), entro 30 giorni. • Il recesso va esercitato per iscritto inviando 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).
Risoluzione	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti della banca FINECO BANK S.P.A., sottoscrittori di un mutuo con la banca, di età compresa tra i 18 ed i 65 anni, e non superiore ai 75 anni alla data di scadenza del prestito, ed in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità previsti dal contratto.



Quali costi devo sostenere?

I seguenti costi gravanti sul premio sono a tuo carico:

- costi di intermediazione (provvigioni riconosciute all'intermediario): 49,5% del premio imponibile
- costi amministrativi dell'Impresa: 8,5% del premio imponibile



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>
	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>

Richiesta di Informazioni	
----------------------------------	--

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>E' possibile presentare i reclami alle Imprese scrivendo alla società AXA PARTNERS (incaricata di gestire i reclami in nome e per conto delle Imprese) ai seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): AXA PARTNERS (Ufficio Reclami) - Corso Como n. 17 – 20154 Milano • Posta elettronica (e-mail): clp.it.reclami@partners.axa • Fax: 02.23331247 <p>I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p> <p>È altresì possibile presentare reclamo alla autorità di vigilanza del paese di origine delle Imprese (ACPR) seguendo le indicazioni del sito: http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-laclientele/comment-contacter-lacp.html</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> • Arbitrato Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante conferimento di mandato di decidere 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. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. • Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<ul style="list-style-type: none"> • La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%. • Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, hai diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. • Le prestazioni non sono soggette a tassazione
---	--

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO O IL RAPPORTO DI VISITA MEDICA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALI DOCUMENTI. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

I termini impiegati nelle Condizioni di Assicurazione 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 Set 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**), di liquidità (**Mutuo Liquidità**) oppure di sostituzione e liquidità (**Mutuo Sostituzione+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 / PACCHETTO 4.

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 Riqualficazione

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 n. 10116-120172 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 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 / Compagnia / Impresa

Le Rappresentanze Generali per l'Italia delle imprese di assicurazione AXA FRANCE VIE e AXA FRANCE IARD, che prestano le garanzie previste dal presente contratto.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONDIZIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE

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 (garanzia di Ramo Vita);**
- B. Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) (garanzia di Ramo Danni)**
- C. Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia) (garanzia di Ramo Danni)**
- D. Perdita d'Impiego Involontaria (garanzia di Ramo Danni)**
- E. Ricovero Ospedaliero (da Infortunio o Malattia) (garanzia di Ramo Danni)**

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)
Pacchetto 4	Attivabile da: Tutti gli Assicurati	GARANZIE BASE <ul style="list-style-type: none">• Decesso• Invalidità Totale Permanente (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 indennizzate in riferimento ad altre garanzie.

8. Si precisa che:

- AXA FRANCE VIE (Rappresentanza Generale per l'Italia) presta la garanzia di Ramo Vita Decesso, nonché le garanzie di Ramo Danni Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero;
- AXA FRANCE IARD (Rappresentanza Generale per l'Italia) presta la garanzia Perdita d'Impiego Involontaria.

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. 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 (D.Lgs. 231/2007).

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, alla data di emissione del Modulo di Adesione da parte dell'intermediario, 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 l'attività lavorativa indicata nella tabella di cui all'Art. 1.3 a seconda del Pacchetto scelto (requisito di assicurabilità valido per i Pacchetti 1, 2 e 3, essendo il Pacchetto 4 attivabile da tutti gli Assicurati indipendentemente dallo status occupazionale);**
- c) **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.

Qualora, nel corso dell'istruttoria del Mutuo, l'intermediario dovesse emettere più Moduli di Adesione per adeguare la durata dell'assicurazione e del Capitale Assicurato Iniziale alla effettiva durata e all'effettivo ammontare del Mutuo erogato, tutti i requisiti di assicurabilità devono sussistere alla data di emissione dell'ultimo Modulo di Adesione emesso, che sarà l'unico ad avere efficacia ai fini del perfezionamento del contratto.

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 € 200.0000,00	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/Assicurato</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: AXA PARTNERS - Ufficio Underwriting Medico - Corso Como, 17 – 20154 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).

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^a-2^a casa / Mutuo Sostituzione / Mutuo Liquidità / Mutuo Sostituzione+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, come indicati nell'ultimo Modulo di Adesione emesso dall'intermediario ai sensi del precedente Art. 3.1.

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

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 (1-2-3-4)	Pari alla durata del Mutuo (<i>massimo 30 anni</i>)
Invalità Totale Permanente da Infortunio e Malattia	Tutti i Pacchetti (1-2-3-4)	Pari alla durata del Mutuo (<i>massimo 30 anni</i>)
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 nei Pacchetti 1, 2, o 3) 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 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).**

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).

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. Con riferimento ai Pacchetti 1, 2 e 3, 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).

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), in proporzione degli anni e mesi interi residui di durata dell'assicurazione, 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, in proporzione degli anni e mesi interi residui di durata 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.

Art. 9 – Denuncia dei Sinistri e reclami

1. In caso di Sinistro, è necessario darne comunicazione scritta alla società AXA PARTNERS (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto delle imprese di assicurazione) 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)	AXA PARTNERS Ufficio Sinistri – Corso Como, 17 – 20154 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

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>).

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 nel DIP aggiuntivo multirischi.

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 è il soggetto (o i soggetti) designato/i dall'Aderente/Assicurato all'interno del 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.

Art. 11 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio / clausola sanzione

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.

4. In nessun caso le Società saranno tenute a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre le Società a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

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 alla garanzia di Ramo Vita prestata da AXA FRANCE VIE (Rappresentanza Generale per l'Italia);
- b) in due anni in riferimento alle garanzie di Ramo Danni prestata da AXA FRANCE IARD (Rappresentanza Generale per l'Italia)

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 e comunicazioni in corso di contratto tra Società e Aderente/Assicurato

SERVIZIO CLIENTI

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

- telefonando al **Numero 02/67371501**, operativo dal lunedì al giovedì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 ore 17.00 ed il venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 (festivi esclusi); oppure
- scrivendo una e-mail all'indirizzo clp.it.sinistri@partners.axa

Tutte le comunicazioni alla Società, con riferimento al presente contratto di assicurazione, dovranno essere fatte dall'Aderente/Assicurato (o dagli aventi diritto) in forma scritta. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Aderente/Assicurato saranno effettuate via posta elettronica o posta cartacea (ai recapiti indicati sul Modulo di Adesione), in conformità alla scelta effettuata dall'Aderente/Assicurato in sede di stipula del contratto per la ricezione della documentazione precontrattuale. Resta fermo il diritto per l'Aderente/Assicurato di modificare in ogni momento, in corso di contratto, la modalità di ricezione delle comunicazione dalla Società, contattando il Servizi Clienti della stessa.

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER CIASCUNA GARANZIA

SEZIONE A – GARANZIA BASE GARANZIA DECESSO

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

Art. 18 – Rischio assicurato

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

Art. 19 – Periodo di Carenza

La garanzia non prevede alcun Periodo di Carenza.

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.

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.

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.

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.).

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 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 B – GARANZIA BASE

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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

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.**

Art. 26 – Periodo di Carenza

La garanzia non prevede alcun Periodo di Carenza.

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%.

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.

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.

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.

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).

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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, idroscì, 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.

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).

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).

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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;
- d) il contratto di lavoro non è regolato dalla legge italiana;
- e) perdita del posto di lavoro per dimissioni o altre cause dipendenti dalla volontà dell'Assicurato, quali la risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di un accordo intercorso col datore di lavoro;
- 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 conseguenza della naturale scadenza di un termine apposto al contratto di lavoro.

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).

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.**

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.

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).

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).

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 Imponibile Garanzie Lavoro e Garanzie Base

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

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 e Garanzie Base:

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

Formula di rimborso dei caricamenti sul Premio

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

Dove:

R_i = Importo di premio da rimborsare

*P_{i-1} = Premio Puro (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 coperura 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, Garanzie Base e Caricamenti sul premio di tutte le garanzie $R = P/N*(N-K)$	Garanzie Lavoro $R = 2389/120*(120-60) = 1194.5$ Garanzie Base $R = 1007/120*(120-60) = 503.5$
P	Totale premio da rimborsare	€ 1,698.00

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 coperura 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 parziale Formula di rimborso premio puro Garanzie Lavoro, Garanzie Base e Caricamenti sul premio di tutte le garanzie $R_i = P_i - 1/[N*(N-K)]*(CE_i/DRI)$	Garanzie Lavoro $R = 2389/120*(120-60)*(25000/75000)$ $= 398,17$ Garanzie Base $R = 1007/120*(120-60)*(25000/75000) = 167.83$
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	€ 566

MODULO DI ADESIONE
(facsimile)

MODULO DI ADESIONE "POLIZZA MUTUO FINECO"

POLIZZA COLLETTIVA n. 10116 /120172 di AXA FRANCE VIE / AXA FRANCE IARD
Adesione riservata ai clienti mutuatari di FinecoBank S.p.A. (Contraente Polizza Collettiva)

Numero richiesta di MUTUO	
Capitale Assicurato Iniziale	
Quota di Mutuo assicurata (barrare una casella)	<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> Lavoratori Dipendenti Privati	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> Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici	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> Non Lavoratori	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)

<input type="checkbox"/>	Pacchetto 4 <i>Attivabile da:</i> Tutti gli Assicurati	GARANZIE BASE Decesso Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Debito Residuo del Mutuo
--------------------------	--	--	--------------------------

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 / Mutuo Sostituzione / Mutuo Liquidità / Mutuo Sostituzione+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 alla Società; <i>in caso di Mutuo Surroga:</i> 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	
<p>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.</p> <p>Una volta entrata in vigore l'assicurazione, l'Aderente/Assicurato può recedere dal contratto:</p> <p>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);</p> <p>b) 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).</p> <p>L'Aderente/Assicurato è tenuto ad esercitare i diritti recesso sopra indicati mediante invio di una lettera raccomandata a.r. indirizzata alla Contraente al seguente indirizzo: <i>FinecoBank S.p.A. – Middle Office Rete – Via Rivoluzione d'Ottobre 16, 42123 Reggio Emilia (RE).</i></p> <p>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).</p>	

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO / RAPPORTO DI VISITA MEDICA	
<p>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:</p> <p>a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione;</p> <p>b) è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte al Questionario Medico / Rapporto di Visita Medica prima della sua sottoscrizione;</p> <p>c) 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.</p> <p>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.</p> <p><u>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.</u></p>	

DICHIARAZIONE DI ADESIONE	
<p>Io sottoscritto intestatario / co-intestatario del Mutuo:</p> <p>DICHIARO come segue il mio status lavorativo alla data di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione (barrare una casella)</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore Dipendente Privato</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore Dipendente Pubblico</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo</p> <p><input type="checkbox"/> Non Lavoratore (inclusi pensionati, casalinghe e disoccupati)</p> <p>PRENDO ATTO che FinecoBank S.p.A. ha stipulato con le Imprese di assicurazione AXA FRANCE VIE e AXA FRANCE IARD (Rappresentanze Generali per l'Italia), la Polizza Collettiva n. 10116/120172 ("POLIZZA MUTUO FINECO") per conto dei propri clienti richiedenti un contratto di Mutuo;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>PRENDO ATTO che: (i) in caso di Mutuo 1^ - 2^ casa / Mutuo Sostituzione / Mutuo Liquidità / Mutuo Sostituzione+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 Imprese; (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;</p>	

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.**

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

NOMINA DEI BENEFICIARI PER IL CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

AVVERTENZE

- Nel caso in cui vengano designati genericamente gli eredi, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata all'impresa in forma scritta

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso (**barrare una casella ALTERNATIVAMENTE e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi**)

DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)

DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I BENEFICIARIO/I DI SEGUITO INDICATO/I

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo / Sede Legale _____

Telefono _____ E-mail _____

Relazione con il cliente Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

Barrare la seguente casella per escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento

Decesso

BENEFICIARIO NOMINATO N. 2

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo / Sede Legale _____

Telefono _____ E-mail _____

Relazione con il cliente Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

Barrare la seguente casella per escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento

Decesso

BENEFICIARIO NOMINATO N. 3

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo / Sede Legale _____

Telefono _____ E-mail _____

Relazione con il cliente Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

Barrare la seguente casella per escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento

Decesso

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui l'Impresa potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Indirizzo / Sede Legale _____

Telefono _____ E-mail _____

AVVERTENZA: l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati all'Impresa.

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

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

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, informato del diritto di ricevere il set informativo precontrattuale della Polizza Mutuo Fineco, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa:

DICHIARO di aver ricevuto dall'intermediario, su supporto cartaceo (a mezzo posta) oppure su altro supporto durevole (email) come da me prescelto, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale e di averne preso piena visione, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione:

- a) Allegati 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS 40/2018: "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento degli intermediari nei confronti dei contraenti" e "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto";
- b) Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), Documento informativo per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP Aggiuntivo Multirischi), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018;
- c) Condizioni di Assicurazione (comprendenti di Glossario) del prodotto assicurativo;
- d) Informativa sulla vendita a distanza.

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ANCHE SENSIBILI)

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy delle compagnie titolari del trattamento AXA FRANCE VIE e AXA FRANCE IARD (Rappresentanza Generale per l'Italia) redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), **presto il consenso** al trattamento dei miei dati personali, **anche sensibili**, ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione.

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

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Modulo di Adesione emesso in data gg/mm/aaaa

AXA FRANCE VIE – AXA FRANCE IARD
(Rappresentanze Generali per l'Italia)

Bruno...

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 ed Assicurati con età superiore a 55 anni)

NOTA INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

AVVERTENZA PRELIMINARE - La presente Informativa viene resa dalle compagnie assicurative (Titolari del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. catena assicurativa.

1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLE COMPAGNIE TITOLARI DEL TRATTAMENTO

Titolare del Trattamento dei dati è, per quanto di propria competenza, la compagnia assicurativa che presta le garanzie previste dal contratto di assicurazione, come indicato nella documentazione contrattuale, e cioè:

AXA FRANCE IARD (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 10345000961 - REA MI-2525152 Telefono: 02/6737151 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafranceiard@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it.

AXA FRANCE VIE (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/6737151 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) delle compagnie Titolari del Trattamento scrivendo ai Titolari (sopra indicati) ai seguenti contatti:

- per posta: - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: clp.it.privacy@partners.axa

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri e alla gestione dei reclami, ivi inclusa la prevenzione, l'individuazione e il perseguimento di frodi assicurative;
- b) espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali le compagnie Titolari del Trattamento sono autorizzate, ivi inclusa la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.
- c) 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.

Non è richiesto il consenso dell'Interessato per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte del Titolare e di terzi a cui tali dati saranno comunicati,

Viceversa il consenso è richiesto per il trattamento dei dati inerenti essenzialmente la salute dell'Interessato e comunque quelli rientranti nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili. Il consenso dell'Interessato riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra l'Interessato ed il Titolare, secondo i casi, i dati personali dell'Interessato possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa", in parte anche in funzione meramente organizzativa. Il consenso dell'Interessato riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Senza i dati personali dell'Interessato il Titolare non è in grado di fornire, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo. Il Titolare potrà, inoltre, utilizzare i dati di recapito dell'Interessato per inviare comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo.

Base giuridica del trattamento: per la finalità assicurativa sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa.

Il trattamento dei dati per ulteriori e diverse finalità, quali ad esempio ricerche di mercato, attività di marketing e profilazione, sarà effettuato solo ed esclusivamente previo libero consenso espresso dell'Interessato, e solo previa idonea informativa resa all'interessato.

4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- a) dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-mail, numero di telefono;
- b) dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

In caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui, sono altresì oggetto di trattamento i dati relativi al finanziamento/mutuo strettamente necessari per l'assicurazione (ad esempio: numero del finanziamento assicurato, decorrenza e durata del finanziamento ai fini della copertura, società finanziaria erogante, capitale erogato e rata mensile ai fini della quantificazione delle prestazioni in caso di sinistro). In caso di polizze vendute aventi ad oggetto rischi sugli autoveicoli, sono altresì oggetto di trattamento i dati che identificano il mezzo assicurato (targa, numero di telaio, data di immatricolazione).

In caso di pagamento premi con modalità bonifico bancario o SEPA direct debit, saranno altresì oggetto di trattamento le coordinate bancarie (IBAN) dell'Interessato, così come in caso di liquidazione delle prestazioni previste dal contratto.

5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori delle compagnie Titolari del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna delle Titolari, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dalle Titolari e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione delle compagnie Titolari del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- a) altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b) professionisti, consulenti, studi o società operanti 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.;
- c) 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; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d) organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui le Titolari o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e) società del gruppo di appartenenza delle compagnie Titolari del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge). La comunicazione di dati ed informazioni personali all'interno del Gruppo AXA in tutto il mondo è coperta dalle BCR (Binding Corporate Rules) del Gruppo AXA.
- f) altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

I dati personali dell'Interessato non sono trasferiti a destinatari ubicati in paesi terzi. Eventuali dati sensibili non saranno trasferiti al di fuori dello Spazio economico europeo senza che il cliente sia stato precedentemente informato di tale trasferimento o senza che sia raccolto il consenso del cliente qualora necessario ai sensi di legge.

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato ha il diritto di chiedere alle Titolari:

- a) l'accesso ai dati personali che lo riguardano;
- b) la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- c) la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- d) la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.
- e) l'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti delle Titolari:
- f) diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- g) diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti alle Titolari, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte delle Titolari cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- h) diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- i. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di: (i) raccomandata A/R indirizzata a: Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio, 121 -

00186 Roma; (ii) e-mail all'indirizzo: garante@gpdp.it, oppure (iii) protocollo@pec.gpdp.it; (iv) fax al numero: 06/696773785.

9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

Le compagnie Titolari del Trattamento raccolgono i dati personali dell'Interessato direttamente dall'Interessato stesso (anche tramite propri outsourcer che entrano in contatto con esso) oppure presso gli intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) incaricati o comunque coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo oppure presso il Contraente della Polizza Collettiva o convenzione.

10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione ad eccezione della profilazione obbligatoria per legge ai fini di antiriciclaggio

INFORMATIVA SULLA TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

Fatti salvi gli altri obblighi informativi relativi alla disciplina vigente, il contratto è assoggettato anche alle norme di cui agli artt. 67 quater, 67 quinquies, 67 sexies, 67 septies, 67 octies del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206 (Codice del Consumo). Il contratto è stipulato tra l'Impresa di assicurazione e l'Aderente/ con l'intermediazione del distributore FINECO BANK S.P.A., il quale promuove e colloca il contratto di assicurazione anche avvalendosi di tecniche di comunicazione a distanza fino alla conclusione del contratto, compresa la conclusione del contratto stesso.

Per **“tecnica di comunicazione a distanza”** deve intendersi qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore e del contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi.

Si informa il Contraente di quanto segue.

- Al primo contatto e, in ogni caso, prima della conclusione di un contratto di assicurazione a distanza, i distributori sono tenuti a fornire al contraente le informazioni di cui all'articolo 121, comma 1, del CAP - Codice delle Assicurazioni Private (D.Lgs. 209/2005), inclusa la documentazione informativa precontrattuale del prodotto assicurativo (artt. 185 – 185-bis – 185-ter CAP). In ogni caso l'informazione è fornita al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione. In caso di collocamento di un contratto a distanza mediante telefonia vocale, se il contraente lo richiede espressamente, gli obblighi di trasmissione della documentazione sono adempiuti, subito dopo la conclusione del contratto a distanza e comunque non oltre i cinque giorni successivi.
- L'Aderente/Assicurato ha il diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale secondo quanto previsto dall'articolo 120-quater del CAP, su supporto cartaceo o altro supporto durevole. Per “supporto durevole” deve intendersi qualunque strumento che permetta di memorizzare le informazioni a lui personalmente dirette in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni stesse. In particolare, in riferimento al presente contratto di assicurazione, l'Aderente/Assicurato potrà scegliere se ricevere e trasmettere la documentazione precontrattuale via posta elettronica (e-mail) o via posta cartacea.
- La modalità di consegna della documentazione precontrattuale sarà anche la modalità delle comunicazioni in corso di contratto tra l'Impresa e l'Aderente/Assicurato. L'Aderente ha diritto in ogni momento di modificare la modalità contattando l'Impresa.
- L'Aderente/Assicurato ha in ogni caso diritto di ricevere gratuitamente la documentazione in formato cartaceo, contattando l'Impresa.
- In caso di promozione e collocamento via TELEFONO, l'Aderente/Assicurato può, a richiesta, essere messo in contatto con l'incaricato del coordinamento e del controllo del call center.