

GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Gruppo Assicurativo Ri.Fin

Assicurazione collettiva abbinata ai finanziamenti

GLOBAL PROTEZIONE PRESTITO

Ed. 3/GPPT

SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

1. **DIP DANNI** - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI** - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, comprensive di glossario.**

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere il set informativo

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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza collettiva ad adesione facoltativa che assicura il rimborso dei prestiti personali erogati da Compass nei casi in cui il soggetto assicurato debba far fronte a situazioni quali l'invalidità permanente totale, l'inabilità temporanea totale e il ricovero ospedaliero.



Che cosa è assicurato?

Le coperture assicurative offerte dal presente contratto sono:

- ✓ Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% (IPT) da infortunio o da malattia: copre il Capitale Residuo del finanziamento, ovvero il Debito Residuo in linea capitale, risultante al momento dell'insorgenza del sinistro.
- ✓ Inabilità Temporanea Totale (ITT) da infortunio o da malattia: rimborsa una somma pari all'ammontare delle Rate di rimborso mensili del Finanziamento, dovute dopo il periodo di franchigia assoluta (60 gg), relative al periodo di durata dell'inabilità (massimo 12 mesi per sinistro).
- ✓ Ricovero Ospedaliero (RO) da infortunio o da malattia: rimborsa una somma pari all'ammontare delle Rate di rimborso mensili del Finanziamento, dovute dopo il periodo di carenza (30 gg) e di franchigia assoluta (7 gg.), che hanno scadenza nel periodo di RO comprovato, fino al limite massimo di 12 mensilità consecutive

La somma assicurata all'inizio della copertura assicurativa (Capitale Assicurato Iniziale) è pari all'importo del Finanziamento richiesto maggiorato delle spese di istruttoria e del Premio assicurativo, e non potrà in alcun modo essere superiore all'importo di € 35.000,00 ed essere inferiore all'importo di € 3.000,00.

La Somma assicurata decresce nel tempo in base al Piano di ammortamento originario della pratica di Finanziamento collegata alla singola adesione.

La Somma assicurata può ridursi in caso di Estinzione parziale del finanziamento.



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurato:

- × tutto ciò che non è considerato infortunio:
 - ernie
 - avvelenamenti, infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di Infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da Infortunio
 - infarti da qualsiasi causa determinati
 - infurtuni subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale
- × tutto ciò che non è considerato Malattia:
 - l'infertilità e la sterilità
 - ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'Assicurazione i sinistri causati:

- ! da eventi accaduti anteriormente alla data di decorrenza della Copertura assicurativa e loro seguiti e conseguenze
- ! dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non irregolarità pura e nelle relative prove
- ! dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione e dalla pratica di sport aerei in genere
- ! da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci
- ! dall'uso di aeromobili
- ! da proprie azioni delittuose o partecipazione ad imprese temerarie
- ! da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni
- ! da esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, e di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche
- ! malattie preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione
- ! da intossicazioni causate da abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti
- ! dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate
- ! da malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi
- ! da cure dimagranti e dietetiche.



Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia **ITT** è valida senza limiti territoriali ma deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- ✓ La Garanzia **RO** si attiva esclusivamente in una Struttura ospedaliera dell'Unione Europea;
- ✓ La garanzia **IPT** superiore al 60% è valida senza limiti territoriali ma deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare relativamente al tuo Stato di Salute rese nel Questionario Sanitario o comunque nella fase di accertamento delle condizioni di salute.



Quando e come devo pagare?

Il premio dovuto, quale Premio unico anticipato e finanziato, è compreso nell'importo del Finanziamento erogato ed è corrisposto dall'Ente Finanziatore alla Compagnia, per conto dell'Aderente-Assicurato e su delega di quest'ultimo, tramite l'intermediario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalla data di erogazione del finanziamento e termina alla scadenza dello stesso.

La durata dell'assicurazione corrisponde alla durata del contratto di Finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 84 mesi e rimane sempre invariata anche nel caso di rinegoziazione della durata del finanziamento, nel qual caso la copertura assicurativa resterà comunque commisurata, sia per la prestazione che per la durata, all'originario Piano di ammortamento del Finanziamento.



Come posso disdire la polizza?

Puoi recedere dal contratto assicurativo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura.

Oppure passati 5 anni dalla data di decorrenza della copertura con un preavviso di 60 giorni rispetto alla fine dell'annualità in corso nella quale viene richiesto il recesso.

Puoi farlo mediante lettera raccomandata A.R. (o comunque, tramite ogni altro mezzo che provi l'avvenuta consegna quale, ad esempio, E-mail, PEC o Fax) da inviare alla Compagnia (all'indirizzo di Global Assistance - Piazza Diaz n. 6, 20123 Milano) o all'Intermediario eventualmente compilando e sottoscrivendo l'apposito modulo presso la filiale della banca ove è stato sottoscritto il Finanziamento.

La Compagnia provvederà al rimborso della parte di premio imponibile non goduto.



Assicurazione collettiva abbinata ai finanziamenti

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Compagnia: **Global Assistance S.p.A.**



Prodotto: **Global Protezione Prestito – (ed. 3/GPPT)**

Data di ultimo aggiornamento del DIP aggiuntivo Danni: 14/09/2020

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

Il contraente/l'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A

Indirizzo: Piazza Diaz, 6; 20123 Milano (MI);

tel. 02.4333501;

sito internet: www.globalassistance.it;

e-mail: global.assistance@globalassistance.it;

PEC: globalassistancespa@legalmail.it

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. è una Società del gruppo Assicurativo Ri.Fin (iscritto all'Albo dei gruppi Assicurativi presso l'Ivass al n. 014).

È soggetta alla direzione e coordinamento della Capogruppo Ri.Fin s.r.l..

Provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa: Decreto Ministeriale del 02/08/1993 n° 19619 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 184 del 07/08/1993

Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00111.

Il patrimonio netto dell'Impresa ammonta al 31/12/2019 a 15,65 milioni di euro; la parte di questo importo attribuibile al capitale sociale ammonta a 5 milioni di euro, mentre quella relativa alle riserve patrimoniali ammonta a 10,65 milioni di euro.

Per la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa si rimanda al seguente link: <http://www.rifin.it/pdf/SFCR-Gruppo-Rifin.pdf>.

L'indice di solvibilità dell'Impresa è pari a 285,28% al 31/12/2019, e rappresenta il rapporto tra il livello di fondi propri ammissibili (15,01 milioni di euro) e il requisito patrimoniale di solvibilità (5,26 milioni di euro). L'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità minimo è pari a 3,7 milioni di euro.

al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP DANNI, in riferimento alle garanzie incluse in copertura si precisa quanto segue:

✓ **Garanzia Invalidità Permanente totale di grado pari o superiore al 60% (IPT)** a seguito di infortunio o malattia:

ai fini della determinazione della data di insorgenza del sinistro si conviene che:

- in caso di infortunio: è la data di effettivo accadimento dello stesso;
- in caso di malattia: è la data della prima diagnosi medica.

Ai fini della determinazione dell'importo da indennizzare, verranno detratte dall'importo dovuto ai sensi di polizza, eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di **ITT** o **RO** nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e l'effettiva liquidazione del sinistro IPT.

✓ **Garanzia Inabilità Temporanea Totale (ITT)** a seguito di infortunio o malattia avvenuti nel periodo di copertura.

Vengono rimborsate le rate che hanno scadenza nel periodo di inabilità totale comprovata, fino ad un massimo di **12 mensilità consecutive** per sinistro/massimo **36 mensilità complessive** per periodo assicurato per più sinistri **ITT** o **RO**. La Garanzia **ITT** si attiva quale prestazione alternativa alla Garanzia **RO**, qualora anch'essa contemporaneamente operante; pertanto gli indennizzi spettanti non si intendono sommati. L'indennizzo verrà corrisposto di volta in volta trascorsi 30 giorni continuativi di documentata inabilità totale, dal termine del periodo di franchigia assoluta e a **partire dalla prima rata in scadenza successiva**.

✓ **Garanzia Ricovero Ospedaliero (RO)** a seguito di infortunio o malattia avvenuti nel periodo di copertura.

Vengono rimborsate le rate che hanno scadenza nel periodo di Ricovero comprovato, fino ad un massimo di **12 mensilità consecutive** per sinistro/massimo **36 mensilità complessive** per periodo assicurato per più sinistri **RO** o **ITT**. La Garanzia **RO** si attiva quale prestazione alternativa alla Garanzia **ITT**, qualora anch'essa contemporaneamente operante; pertanto gli indennizzi spettanti non si intendono sommati. L'indennizzo verrà corrisposto di volta in volta trascorsi **30 giorni continuativi** di ricovero ospedaliero dal termine del periodo di franchigia assoluta e a **partire dalla prima rata in scadenza successiva**.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	<i>Ad integrazione di quanto indicato nel DIP DANNI, in riferimento alle Garanzie ITT e RO non è considerata malattia la gravidanza, il puerperio e le patologie correlate, il parto e l'aborto volontario non terapeutico e i ricoveri non comprovati da un motivo medico oggettivo e/o chirurgico, come ad esempio una convalescenza, una cura termale, un soggiorno presso una casa di cura o gli interventi di chirurgia estetica.</i>
-----------------------	--

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP DANNI, si riportano di seguito le ulteriori informazioni che comportano una limitazione delle prestazioni assicurative:

Franchigia	<p>Garanzia IPT: <i>il sinistro, per essere liquidabile, deve corrispondere ad un'inabilità permanente di almeno il 60%, accertata e valutata facendo riferimento ai valori della tabella INAIL come segue:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>se a seguito di Infortunio: previa presentazione del certificato di guarigione, nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati;</i>- <i>se a seguito di Malattia: nel periodo (convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di malattia) compreso tra i 6 (sei) mesi ed entro i 18 (diciotto) mesi decorrenti dalla data di denuncia della malattia.</i> <p>Garanzia ITT: <i>la garanzia opera con un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni che decorre dal 1° giorno di accertata inabilità. Se, dopo meno di 60 giorni dal termine di una precedente ITT indennizzata, si verifica una nuova ITT, questa nuova ITT viene considerata come la continuazione della precedente. Pertanto la franchigia non viene applicata di nuovo ma la massima durata d'indennizzo di 12 mesi si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.</i></p> <p>Garanzia RO: <i>la garanzia opera con un periodo di franchigia assoluta di 7 giorni, che decorre dal 1° giorno di ricovero.</i></p>
-------------------	--

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: <i>In caso di sinistro devi, quanto prima, darne avviso scritto alla Compagnia o all'Intermediario, anche per il tramite della Banca Contraente, mediante lettera raccomandata oppure mediante compilazione dell'apposito modulo presso la filiale della banca ove è stato sottoscritto il Finanziamento, con i seguenti tempi e modalità:</i></p> <p>- In caso di IPT da Infortunio: <i>la denuncia deve essere effettuata, nel più breve tempo possibile e comunque entro 3 giorni, dalla data di accadimento del Sinistro stesso con l'indicazione, del luogo, giorno, ora e descrizione dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico. È richiesta la collaborazione con la Compagnia affinché possa svolgere le indagini e gli accertamenti necessari autorizzando anche il proprio medico a fornire tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'Assicurazione.</i> <i>In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, il modulo di denuncia di Sinistro dovrà comunque essere redatto da un medico italiano che certificherà la documentazione sanitaria allegata. Dovranno inoltre essere indicati i riferimenti del medico e/o dell'Istituto di Cura presso hai ricevuto le cure all'estero.</i> <i>Successivamente devi documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici sino a guarigione avvenuta e fornire il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.</i></p> <p>- In caso di IPT da malattia: <i>la denuncia deve essere effettuata entro 10 (dieci) giorni dalla prima diagnosi medica che attesti la malattia che, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata. La denuncia deve essere corredata dal certificato medico sulla natura della malattia.</i> <i>Devi inviare periodicamente alla Compagnia le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento a tua disposizione atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti e, su richiesta della Compagnia, devi inoltre fornire a quest'ultima, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico o altrimenti richiedere di procedere all'accertamento dei postumi.</i></p>
---------------------------------------	--

	<p>In ogni caso devi sottoporli agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che ti hanno visitato e curato.</p> <p>- In caso di <u>ITT</u> (da infortunio o da malattia): La denuncia deve essere effettuata nel più breve tempo possibile e, in ogni caso entro 3 (tre) giorni dalla data del Sinistro stesso. Successivamente l'Assicurato deve fornire dichiarazione medica attestante l'inizio, il perdurare e la fine dell'ITT. I certificati devono essere rinnovati, al fine della liquidazione, mensilmente fino alla guarigione che deve essere supportata da relativo certificato medico.</p> <p>- In caso di <u>RO</u> (da infortunio o da malattia): La denuncia deve essere effettuata nel più breve tempo possibile e, in ogni caso entro 3 (tre) giorni dalla data del Sinistro stesso. Successivamente l'Assicurato deve fornire certificato medico attestante l'inizio, il perdurare e la fine del RO, allegando alle dimissioni copia della cartella clinica relativa al Ricovero Ospedaliero. I certificati medici attestanti il perdurare del ricovero devono essere rinnovati, al fine della liquidazione, mensilmente fino alle dimissioni ospedaliere.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: non prevista da questo contratto.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: la Compagnia, per la trattazione dei sinistri, non si avvale di altre Compagnie di Assicurazione.</p> <p>Prescrizione: il diritto dell'assicurato alla garanzia assicurativa si prescrive se il sinistro viene denunciato alla società decorsi due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Ad integrazione di quanto riportato nel DIP DANNI, le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p><u>Garanzia IPT da Infortunio e da Malattia:</u> La Compagnia si impegna a comunicare, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti. Tale termine risulta valido anche in caso di morte dell'Aderente-Assicurato per cause indipendenti dall'infortunio denunciato ed entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione necessaria ovvero il certificato di morte, atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi, (nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi e/o testamentari) il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace) la Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro. La Compagnia ricevuta tutta la documentazione e valutata la sussistenza al diritto dell'indennizzo provvede ad effettuare il pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni da ricevimento della quietanza sottoscritta per accettazione dall'Aderente-Assicurato, trasmessagli dalla Compagnia unitamente all'esito del sinistro.</p> <p><u>Garanzie ITT e RO da Infortunio e da Malattia:</u> La Compagnia, ricevuta la denuncia del sinistro e valutata la sussistenza del diritto all'indennizzo, provvede entro 15 giorni, non appena ricevuta tutta la documentazione a supporto da parte dell'Aderente, al rimborso delle rate mensili di cui spetta la liquidazione, che hanno scadenza nel periodo di comprovata inabilità (per ITT) o ricovero (per RO).</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p><u>Premio unico anticipato:</u> l'ammontare del Premio unico dovuto, comprensivo di caricamenti e di imposte sui premi, viene determinato al momento dell'adesione in relazione all'importo del Finanziamento richiesto, maggiorato delle Spese di istruttoria, e in base alla durata del contratto finanziamento (definita in numero di rate mensili).</p> <p><u>Regime fiscale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Imposte sui premi:</u> Il premio è soggetto ad un'aliquota di imposta del 2,50% calcolata sul premio imponibile. ▪ <u>Detrazione fiscale dei premi:</u> per la garanzia <u>IPT</u> è prevista una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.

Rimborso	<p>L'aderente ha diritto al rimborso del premio/quota parte del premio non goduto nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>in caso di Estinzione anticipata totale e parziale del finanziamento</u>, la Compagnia consente l'interruzione del contratto restituendo la quota parte di premio pagato e finanziato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, al netto delle imposte versate. Resta ferma la facoltà dell'Aderente-Assicurato di chiedere il mantenimento della copertura assicurativa; - <u>in caso di Estinzione anticipata parziale del finanziamento</u>, qualora l'Aderente-Assicurato abbia espresso la volontà di mantenere in vigore la copertura assicurativa (pari alla scadenza originaria e riducendosi l'importo del debito residuo), all'Aderente spetterà il rimborso della quota di premio corrispondente alla parte di finanziamento parzialmente estinto, al netto delle imposte versate; - <u>in caso di Recesso dal contratto assicurativo</u>, la Compagnia provvederà a restituire la quota parte di premio corrisposto e non goduto, al netto delle imposte già versate; - <u>in caso di Recesso dal contratto di finanziamento la Compagnia</u> provvederà a restituire l'intero importo del premio assicurativo finanziato al netto delle imposte qualora già versate.
-----------------	---



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni si precisa che, in relazione alla Garanzia RO non sono garantiti i ricoveri ospedalieri avvenuti durante i primi 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa (periodo di carenza).
Sospensione	<p>L'eventuale sospensione del pagamento delle rate del finanziamento non comporta la sospensione del relativo contratto di assicurazione. Tuttavia, durante il periodo di loro sospensione si avranno i seguenti effetti sulle Garanzie previste dalla polizza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garanzia IPT: la copertura rimane in vigore nel periodo di sospensione del Finanziamento, commisurata in quest'ultimo caso al Debito Residuo risultante alla data di inizio del periodo di sospensione del Finanziamento; pertanto eventuali sinistri accaduti nel periodo di sospensione saranno indennizzabili; - Garanzie ITT e RO: la copertura rimane sospesa per tutta la durata del periodo di sospensione del Finanziamento. Eventuali sinistri accaduti nel periodo di sospensione non saranno indennizzabili.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo l'adesione	<p><u>Recesso dal contratto di Finanziamento</u> Il recesso dal contratto di Finanziamento, esercitato entro i 14 giorni dalla conclusione dello stesso, si estende automaticamente anche al contratto assicurativo. Entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso, la Compagnia provvederà a restituire l'intero premio corrisposto al netto delle Imposte, se già versate all'erario. Il ripensamento annulla il contratto senza alcun effetto e libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto.</p> <p><u>Recesso dal contratto assicurativo</u> Puoi recedere dal contratto assicurativo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura oppure a partire dall'inizio del V° anno dalla data di decorrenza della copertura (con preavviso di 60 giorni rispetto alla fine dell'annualità in corso nella quale viene richiesto il recesso), mediante lettera raccomandata A.R. da inviare alla Compagnia o all'Intermediario oppure sottoscrivendo l'apposito modulo presso la filiale della banca ove è stato sottoscritto il Finanziamento. Il recesso avrà effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia provvederà a restituire la quota parte di premio corrisposto e non goduto, al netto delle imposte già versate. In seguito al recesso dal contratto assicurativo l'importo di premio così calcolato potrà essere, a scelta dell'Aderente-Assicurato, versato sul conto corrente dell'Aderente-Assicurato o direttamente all'Ente Finanziatore al fine di ridurre l'importo della rata o la durata del finanziamento.</p>
Risoluzione	Non sono previste ipotesi di risoluzione.



A chi è rivolto questo prodotto?

Alle persone fisiche di età compresa tra i **18** anni già compiuti e i **71** anni non ancora compiuti, clienti della Contraente della polizza collettiva (Credito Valtellinese S.p.A) e residenti in Italia, che alla scadenza del finanziamento non abbiano un'età superiore ai **75** anni non compiuti.



Quali costi devo sostenere?

I costi che devi sostenere, in aggiunta alle imposte di legge sui premi, sono i costi amministrativi pari al **15%** del premio imponibile, nonché le provvigioni di intermediazione pari al **43%** del premio imponibile (quota parte percepita in media dall'intermediario sulla produzione **2019**, espressa in valore assoluto: € **144,61**).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto all'indirizzo dell'Impresa Global Assistance S.p.A., Piazza Diaz 6, 20123 Milano, all'attenzione dell'ufficio Gestione Reclami (Numero di fax 02.43.33.50.20 – indirizzo di posta elettronica: gestione.reclami@globalassistance.it). Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet dell'Impresa www.globalassistance.it nella sezione "Contatti". Ai reclami verrà dato riscontro dall'impresa nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento dello stesso da parte dell'Impresa.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (superiore al periodo suindicato), è possibile rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza delle assicurazioni - Servizio Tutela del Consumatore), Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it , utilizzando l'apposito Modello presente sul sito dell'Ivass (Info su: www.ivass.it).
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile 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	<p>- <u>Arbitrato</u>: In caso di sinistro, qualora le due parti siano in disaccordo sulla quantificazione del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia tramite arbitrato ossia incaricando a tale scopo, in aggiunta ai propri periti, un terzo perito scelto di comune accordo. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il perito da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo perito. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dall'Assicurato.</p> <p>- <u>Liti Transfrontaliere</u>: è possibile presentare reclamo all'IVASS (che provvede lei stessa all'inoltro al sistema estero competente) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o direttamente al sistema estero competente (rintracciabile accedendo al sito: http://www.ec.europa.eu/fin-net).</p>

AVVERTENZE:

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA (TOTALE O PARZIALE) DEL FINANZIAMENTO LA COPERTURA ASSICURATIVA CESSA E L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO IMPONIBILE PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA IL MANTENIMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (C.D. HOME INSURANCE), CHE DOPO LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO POTRAI CONSULTARE, CHIEDENDO LE CREDENZIALI DI ACCESSO ALL'IMPRESA, ED UTILIZZARE PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

**GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E
RIASSICURAZIONI S.p.A. – Gruppo Assicurativo Ri.Fin**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

“GLOBAL PROTEZIONE PRESTITO”

Ed. 3/GPPT

Data ultimo aggiornamento: 14/09/2020

Polizza redatta secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico ANIA – Associazioni
Consumatori – Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari

SOMMARIO

GLOSSARIO.....	3
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	4
PARTE I: MODALITA' DI ADESIONE E ALTRE NORME GENERALI	4
Premessa.....	4
Art. 1 – Modalità di adesione ed entrata in vigore dell’assicurazione – decorrenza – durata	4
Art. 2 – Premio	4
Art. 3 – Somma Assicurata	4
Art. 4 – Cessazione dell’assicurazione.....	4
Art. 5 – Diritto di recesso.....	4
Art. 6 – Estinzione anticipata del finanziamento	5
Art. 7 – Sospensione del pagamento delle rate del finanziamento.....	5
Art. 8 – Altre assicurazioni	6
Art. 9 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	6
Art. 10 – Variazione della posizione lavorativa	6
Art. 11 – Imposte e Tasse.....	6
Art. 12 – Cessione dei diritti	6
Art. 13 – Comunicazioni	6
Art. 14 – Foro Competente.....	6
PARTE II: COSA E' COPERTO E COSA E' ESCLUSO DALL'ASSICURAZIONE	7
Art. 15 – Persone Assicurabili.....	7
Art. 16 – Oggetto dell’Assicurazione.....	7
Art. 16.1 - Garanzia “INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 60%”	7
Art. 16.2 - Garanzia “INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE”	9
Art. 16.3 - Garanzia “RICOVERO OSPEDALIERO”	9
Art. 17 – Esclusioni (applicabili a tutte le Garanzie)	10
PARTE III: DENUNCIA E VALUTAZIONE DEL SINISTRO - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO.....	11
Art. 18 – Obblighi in caso di sinistro	11
Art. 19 – Valutazione dell’Infortunio o della Malattia o del grado di invalidità.....	11
Art. 20 – Pagamento dell’Indennizzo.....	12
ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO	12

GLOSSARIO

Ai termini di seguito indicati vengono attribuiti i seguenti significati:

Aderente-Assicurato o Assicurato: il cliente della Banca Contraente a cui sia stato erogato un Finanziamento, che abbia aderito alla presente Polizza collettiva sottoscrivendo il relativo Modulo di Adesione.

Assicurazione: la copertura assicurativa relativa al singolo Aderente-Assicurato, in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la Prestazione assicurata al Beneficiario.

Banca o Banca Contraente: il Credito Valtellinese S.p.A. che ha stipulato la Polizza collettiva con la Compagnia.

Beneficiario: il soggetto che riceve la Prestazione assicurata, ovvero l'Aderente-Assicurato.

Capitale Assicurato Iniziale: l'importo pari all'ammontare del Finanziamento richiesto, comprensivo delle spese di istruttoria, maggiorato del premio assicurativo.

Caricamenti: parte del premio versato dall'Aderente-Assicurato destinata a coprire i costi commerciali/amministrativi della Compagnia.

Compagnia: Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. con sede in Pizza Diaz, 6 - 20123 Milano.

Debito Residuo: il debito residuo in linea capitale a carico dell'Aderente-Assicurato, relativo al Finanziamento, e rilevabile dal Piano di ammortamento finanziario al netto di eventuali rate insolute.

Ente Finanziatore: la Banca o altra società che eroga il Finanziamento assicurato.

Finanziamento: la concessione di un credito da parte dell'Ente Finanziatore ad un cliente, dietro il corrispettivo di un tasso di interesse, con impegno da parte del cliente stesso alla restituzione del danaro anticipato in un certo periodo di tempo.

Finanziamento erogato: è il Finanziamento richiesto, maggiorato di spese di istruttoria e di Premio assicurativo.

Inabilità Temporanea Totale (o ITT): la perdita temporanea e in misura totale della capacità a svolgere le proprie normali attività e occupazioni.

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

Intermediario: con tale termine si intende "Global Assicurazioni S.p.A.", società iscritta alla Sezione A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi e il "Credito Valtellinese S.p.A.", società iscritta al Registro Unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi alla Sezione D.

Global Assicurazioni S.p.A. si occupa delle attività di intermediazione, incluso l'incasso dei premi e la gestione delle polizze, fatta eccezione per la proposizione del contratto alla clientela e la raccolta delle firme che avviene ad opera del Credito Valtellinese S.p.A.

Invalidità Permanente: la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dall'attività svolta dall'Aderente-Assicurato.

Invalidità Permanente Totale (o IPT): l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%.

Istituto di Cura: qualunque 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.

Liquidazione: pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta, al verificarsi del Sinistro.

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

Modulo di Adesione: il documento sottoscritto dall'Aderente-Assicurato, che riporta i dati identificativi del rischio assicurato, la somma assicurata, i dati e le dichiarazioni dell'Aderente-Assicurato nonché ogni altro elemento utile alla gestione del contratto, mediante il quale lo stesso aderisce all'Assicurazione.

Periodo di Carenza o Carenza: è il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la copertura è sospesa. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto ai sensi della Polizza collettiva e la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

Periodo di Franchigia: è il periodo di tempo successivo all'insorgenza del sinistro durante il quale l'Aderente-Assicurato non ha diritto ad alcun indennizzo.

Piano di Ammortamento: il piano di rientro programmato del Finanziamento determinato con riferimento al Capitale Assicurato Iniziale ed alla durata dell'Assicurazione indicati nel Modulo di Adesione.

Polizza collettiva: il presente contratto assicurativo stipulato dalla Banca Contraente per conto degli Aderenti-Assicurati il quale regola l'Assicurazione.

Premio Unico o Premio Lordo: importo inclusivo di tasse e imposte da corrispondere in un'unica soluzione alla Compagnia al momento della conclusione dell'Assicurazione.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Prestazione assicurata o Indennizzo: la somma che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi del Sinistro.

Questionario Sanitario: modulo compilato e sottoscritto dall'Aderente/Assicurato costituito da domande sul proprio stato di salute che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto.

Recesso (o diritto di ripensamento): è il diritto dell'Assicurato di recedere dalla Polizza Collettiva e farne cessare gli effetti.

Residenza fiscale: è il luogo in cui la persona ha la sua dimora abituale e determina la sua sottoposizione al regime di tassazione in territorio italiano per i redditi che produce in qualsiasi luogo, a patto, che la sua permanenza in Italia sia per la maggior parte dell'anno di imposta, ovvero 183 giorni su 365.

Ricovero Ospedaliero (o RO): la degenza dell'Aderente-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.

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

Spese di istruttoria: costi che l'Ente Finanziatore pone a carico del richiedente per la copertura delle spese relative alla domanda del Finanziamento, corrisposti in un'unica soluzione al momento dell'erogazione del Finanziamento, ed attribuiti in percentuale in base al TAN.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PARTE I: MODALITA' DI ADESIONE E ALTRE NORME GENERALI

Premessa

La presente Polizza collettiva è riservata ai clienti della Banca, ai quali sia stato erogato un Finanziamento, che hanno la facoltà di aderire liberamente alla Polizza collettiva compilando l'apposito Modulo di Adesione e corrispondendone il relativo Premio.

Art. 1 – Modalità di adesione ed entrata in vigore dell'assicurazione – decorrenza – durata

L'adesione alla Polizza collettiva avviene tramite sottoscrizione, da parte dell'Aderente-Assicurato, del Modulo di Adesione, previa verifica, da parte della Compagnia, di tutti i requisiti di cui all'Art. 15.

L'Assicurazione decorre dal giorno di erogazione del Finanziamento, purché il relativo Premio sia stato pagato.

La durata dell'Assicurazione corrisponde alla durata del Finanziamento, con un minimo di **24** mesi e un massimo di **84** mesi e, fatto salvo quanto indicato al successivo Art. 4, rimane sempre invariata anche nel caso di rinegoziazione della durata del finanziamento, nel qual caso la copertura assicurativa resterà comunque commisurata, sia per la prestazione che per la durata, all'originario Piano di ammortamento del Finanziamento.

Art. 2 – Premio

Il premio dovuto, a copertura dell'intero periodo di durata dell'Assicurazione, è compreso nell'importo del Finanziamento erogato. L'Aderente/Assicurato delega l'Ente Finanziatore ad effettuare, per suo conto, il pagamento dell'importo del premio assicurativo alla Compagnia, trattenendolo dall'importo del finanziamento erogato ed accreditandolo sul conto corrente dell'intermediario Global Assicurazioni.

L'ammontare del Premio Unico finanziato dovuto da ciascun Aderente-Assicurato è calcolato moltiplicando il tasso mensile lordo di premio, pari allo 0,087%, per l'importo del Finanziamento richiesto (maggiorato delle spese di istruttoria) per il numero di rate mensili del Finanziamento.

ESEMPIO:

Finanziamento maggiorato delle spese di istruttoria = € 10.000,00

Numero rate = 24

Tasso mensile lordo: 0,087%

Premio Unico = 0,087% di € 10.000 X 24 = **€ 208,80**

Art. 3 – Somma Assicurata

La somma assicurata all'inizio della copertura assicurativa è pari al Finanziamento erogato, e non potrà in alcun modo essere superiore all'importo di € **35.000,00** e inferiore all'importo di € **3.000,00**.

La somma assicurata decresce nel tempo in base al Piano di ammortamento originario del Finanziamento collegato alla singola adesione, corrispondente al Debito Residuo.

Art. 4 – Cessazione dell'assicurazione

L'Assicurazione cessa alla scadenza del Finanziamento, ed in ogni caso cessa:

- al pagamento della Prestazione assicurata con riferimento alla garanzia IPT (Invalidità Permanente Totale);
- in caso di decesso dell'Aderente-Assicurato;
- in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Aderente-Assicurato (come da Art. 5 che segue);
- in caso di estinzione anticipata (totale o parziale) del Finanziamento assicurato, salvo se diversamente richiesto dall'Aderente-Assicurato (come previsto al successivo Art. 6).

Art. 5 – Diritto di recesso

L'Aderente-Assicurato può **recedere** nei seguenti casi:

A) Recesso dal contratto di Finanziamento

Qualora l'Aderente-Assicurato eserciti il diritto di recesso dal contratto di Finanziamento entro **14** giorni dalla conclusione di quest'ultimo, ai sensi della normativa allo stesso applicabile, l'Assicurazione si estingue dalle ore 24 del giorno di perfezionamento del recesso dal contratto di Finanziamento stesso. In questo caso, la Compagnia rimborserà, tramite l'Intermediario, all'Ente finanziatore, se dovuto, l'intero importo del premio assicurativo finanziato al netto delle imposte già versate.

B) Recesso dal contratto di Assicurazione

L'Aderente-Assicurato può recedere dal contratto di Assicurazione entro **60** giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso. Entro **30** giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia provvederà a restituire la quota parte di premio imponibile corrisposto e non goduto.

Inoltre, ai sensi dell'art.1899 C.C., l'Aderente-Assicurato può recedere dal contratto assicurativo, a partire dall'inizio del **5°** (quinto) anno dalla data di decorrenza della copertura, con preavviso di **60** giorni prima della fine dell'annualità nella quale il diritto di recesso viene esercitato. In tale caso il recesso avrà effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità. La Compagnia provvederà ad effettuare il rimborso del premio imponibile non goduto.

In seguito al recesso dal contratto assicurativo l'importo del premio rimborsato potrà, a scelta dell'Aderente-Assicurato, essere versato sul conto corrente dell'Aderente-Assicurato o direttamente alla Banca al fine di ridurre l'importo della rata o la durata del Finanziamento.

In tutte le ipotesi di cui sopra, l'Aderente-Assicurato potrà recedere dall'Assicurazione, mediante consegna all'intermediario dell'apposito modulo di recesso o inviando comunicazione di recesso tramite lettera Raccomandata A/R o, comunque, tramite ogni altro mezzo che provi l'avvenuta consegna quale, ad esempio, E-mail, Posta Elettronica Certificata (PEC) o Fax.

Art. 6 – Estinzione anticipata del finanziamento

In caso di estinzione anticipata del Finanziamento, sia totale (**EAT**) che parziale (**EAP**), l'Assicurazione **cessa** come da precedente Art. 4. La Compagnia, per il tramite dell'Intermediario, provvederà a rimborsare all'Aderente-Assicurato, entro **30** giorni dalla data del ricevimento della segnalazione di estinzione, l'eventuale quota di Premio imponibile finanziato, pagato e non goduto, intercorrente tra la data di estinzione anticipata del Finanziamento e la data della scadenza originaria dell'Assicurazione, calcolato in "pro rata temporis".

ESEMPIO di EAT (o EAP) con cessazione della copertura e rimborso pro rata premio:

EAT/EAP: effettuata il 31 dicembre 2020

Finanziamento richiesto (maggiorato delle spese di istruttoria) = € 10.000,00

Durata = 60 mesi (5 anni), decorrenza 31 dicembre 2019

Premio Lordo = € 522,00 (Premio imponibile pari ad € 509,27)

Quota premio da rimborsare:

€ 509,27 (Premio imponibile) / 1.801 (periodo assicurato, in giorni) x 1.441 (periodo non goduto, in giorni) = **€ 407,47**

In alternativa, l'Aderente-Assicurato potrà richiedere che la copertura assicurativa rimanga in essere fino alla scadenza contrattuale. Tale richiesta dovrà essere effettuata alla Compagnia, **contestualmente** all'operazione di estinzione anticipata (totale o parziale) del Finanziamento, compilando l'apposito modulo presso la Banca ove è stato sottoscritto il Finanziamento.

In tale ipotesi:

- 1) in caso di EAT, non verrà restituito alcun importo di premio all'Aderente-Assicurato e la copertura assicurativa verrà fornita alle condizioni originariamente pattuite ed indicate nel Piano di ammortamento originario.
- 2) in caso di EAP, l'Assicurazione verrà adeguata tramite emissione di apposita appendice contrattuale al Modulo di Adesione in cui sarà data evidenza della nuova somma assicurata, corrispondente al nuovo valore del Debito Residuo del Finanziamento. In tale circostanza, la Compagnia, per il tramite dell'Intermediario, provvederà al rimborso, entro **30** giorni dalla data del ricevimento della richiesta di mantenimento in vita del contratto, della quota di premio imponibile (relativa al periodo non goduto), al netto del pro rata della nuova rata di premio "riparametrata" calcolata sul Finanziamento richiesto (conteggiata dal giorno di estinzione anticipata parziale e la fine dell'annualità in corso).

ESEMPIO di EAP con mantenimento in vigore della copertura assicurativa:

Finanziamento richiesto (maggiorato delle spese di istruttoria) = € 10.000,00

Durata = 60 mesi (5 anni), decorrenza 31 dicembre 2019.

Premio lordo = € 522,00 (Premio imponibile pari ad € 509,27)

EAP: effettuata il 31 dicembre 2020:

- Debito Residuo alla data di estinzione parziale: € 5.500,00
- Quota Parzialmente Estinta: € 2.500,00
- Quota Capitale residua: (€ 5.500,00 - € 2.500,00) = € 3.000,00

Finanziamento richiesto "riparametrato":

€ 10.000 (Finanziamento richiesto) x 3.000 (quota capitale residua) / € 5.500 (capitale residuo alla data di estinzione parziale) = **€ 5.454,55**

Calcolo ottenuto quale risultanza della formula di equivalenza che segue:

€ 10.000 sta ad "X" (Finanziamento richiesto "riparametrato") come € 5.500 sta ad € 3.000

Quota premio da rimborsare: € 185,21

Ottenuto come da calcolo che segue: € 407,47 - € 222,26, dove:

1. Premio non goduto calcolato sul Finanziamento richiesto:
€ 509,27 (Premio imponibile) / 1.801 (periodo assicurato, in giorni) x 1.441 (giorni non goduti) = **€ 407,47**
2. Premio non goduto calcolato sul Finanziamento richiesto "riparametrato":
€ 277,78 (Premio imponibile) / 1.801 (periodo assicurato, in giorni) x 1.441 (giorni non goduti) = **€ 222,26**

Art. 7 – Sospensione del pagamento delle rate del finanziamento

L'eventuale sospensione del pagamento delle rate del finanziamento non comporta la sospensione del relativo contratto di assicurazione. Tuttavia l'Aderente-Assicurato dovrà comunicare alla Compagnia, per il tramite dell'Intermediario, le date di sospensione e di ripresa del pagamento delle rate del Finanziamento e durante il periodo di loro sospensione si avranno i seguenti effetti sulle Garanzie previste dalla polizza:

- Garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 60% (IPT): la copertura rimane in vigore nel periodo di sospensione del Finanziamento, commisurata al Debito Residuo risultante alla data di inizio del periodo di sospensione del Finanziamento; pertanto eventuali sinistri accaduti nel periodo di sospensione saranno indennizzabili;
- Garanzia INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE (ITT): la copertura rimane sospesa per tutta la durata del periodo di sospensione del Finanziamento. Eventuali sinistri accaduti nel periodo di sospensione non saranno indennizzabili;
- Garanzia RICOVERO OSPEDALIERO (RO): la copertura rimane sospesa per tutta la durata del periodo di sospensione del Finanziamento. Eventuali sinistri accaduti nel periodo di sospensione non saranno indennizzabili.

Art. 8 – Altre assicurazioni

La validità e l'efficacia dell'Assicurazione non è inficiata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni contro gli stessi rischi. La Compagnia dispensa l'Aderente-Assicurato dalle comunicazioni di cui all'art. 1910 C.C., salvo in caso di Sinistro, nel qual caso l'Assicurato-Aderente dovrà dare, comunicazione ai sensi dell'art. 1910 C.C. a ciascun assicuratore dell'esistenza degli altri contratti assicurativi. L'Aderente in tal caso potrà chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

Art. 9 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente-Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto delle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ESEMPIO: Le circostanze dichiarate nel Questionario Sanitario circa lo stato di salute dell'Assicurato influiscono sulla valutazione del rischio ai sensi dell'art. 1893 e 1894 c.c.

L'erronea indicazione con colpa o dolo delle stesse può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo.

Art. 10 – Variazione della posizione lavorativa

La posizione lavorativa dell'Aderente-Assicurato potrà cambiare durante il periodo di Assicurazione senza che lo stesso ne debba dare comunicazione alla Compagnia.

Art. 11 – Imposte e Tasse

Sono a carico degli Aderenti-Assicurati le imposte, le tasse, i contributi e tutti gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio.

Art. 12 – Cessione dei diritti

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

Art. 13 – Comunicazioni

Tutte le comunicazioni con riferimento alla presente Assicurazione dovranno essere effettuate per iscritto e trasmesse con mezzi idonei che ne dimostrino l'avvenuta consegna, anche per il tramite dell'Intermediario.

Ogni eventuale variazione di indirizzo dell'Aderente-Assicurato deve essere comunicata alla Compagnia per il tramite della Banca Contraente e/o di Global Assicurazioni S.p.A. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia all'Aderente-Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Aderente-Assicurato stesso.

Art. 14 – Foro Competente

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del Contratto è esclusivamente competente il Foro di Residenza o di domicilio dell'Aderente Assicurato.

PARTE II: COSA E' COPERTO E COSA E' ESCLUSO DALL'ASSICURAZIONE

Art. 15 – Persone Assicurabili

È consentita l'adesione alla presente Polizza Collettiva solo alle persone fisiche, clienti della Banca, che abbiano tutti i seguenti requisiti:

- siano residenti in Italia;
- alla data di decorrenza del contratto siano di età compresa tra **18 anni compiuti e 71 anni non compiuti**, fermo che l'età massima a scadenza non dovrà essere superiore a **75 anni non compiuti**;
- risultino idonei all'adesione in seguito alla valutazione dello stato di salute effettuato dalla Compagnia sulla base delle dichiarazioni dagli stessi rilasciate alla sottoscrizione del Questionario Sanitario.

Art. 16 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata, entro i limiti, alle condizioni e con le modalità che seguono, per il seguente pacchetto di Garanzie:

- INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE di grado pari o superiore al **60%** (di seguito "IPT")
- INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE (di seguito "ITT")
- RICOVERO OSPEDALIERO (di seguito "RO")

Art. 16.1 - Garanzia "INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 60%"

a) Oggetto della garanzia IPT

In caso di IPT dell'Aderente-Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia avvenuti nel periodo di Assicurazione, salvo i casi di esclusione specificati all'Art. 17, la Compagnia corrisponde all'Aderente-Assicurato un Indennizzo pari al Debito Residuo del Finanziamento al momento dell'insorgenza del Sinistro.

La data di insorgenza del Sinistro:

- in caso di Infortunio: è la data di effettivo accadimento dello stesso;
- in caso di Malattia: è la data della prima diagnosi medica.

Eventuali rate scadute e non pagate non modificano l'importo liquidabile mentre verranno detratte dall'importo da indennizzare eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di **ITT** o **RO** nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e l'effettiva liquidazione del sinistro **IPT**.

L'**IPT**, per essere indennizzabile, deve corrispondere ad un'invalidità di almeno il **60%**, accertata e valutata secondo i criteri di cui punto "c", che segue, della presente garanzia.

b) Limitazioni della Garanzia IPT

La Garanzia **IPT** è valida senza limiti territoriali ma deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

c) Modalità di accertamento della Garanzia IPT

c.1) Garanzia IPT da Infortunio:

Il grado di IPT viene valutato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 n°1124 e successive modifiche) ed è stabilito, previa presentazione del certificato di guarigione, nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

L'Aderente-Assicurato deve consentire la visita di medici della Compagnia e qualsiasi indagine, perizia o accertamento che questa ritenga necessario, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La Compagnia si impegna a comunicare all'Aderente-Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro ("**Esito Valutazione IPT Infortunio**") entro **90** (novanta) giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

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

Per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di interventi chirurgici e/o applicazione dei presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificata nella Tabella INAIL, la valutazione del grado di Invalidità verrà stabilita tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Aderente-Assicurato.

c.2) Garanzia IPT da Malattia:

Il grado di IPT viene valutato, facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 n°1124 e successive modifiche), nel periodo compreso tra i **6** (sei) mesi ed entro i **18** (diciotto) mesi decorrenti dalla data di denuncia della Malattia.

Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di Malattia.

Prima del decorso dei **6** (sei) mesi, la Compagnia non effettuerà alcuna valutazione del grado di Invalidità Permanente.

Trascorsi i **6** (sei) mesi sopra indicati e sino allo scadere dei **18** (diciotto) mesi, la Compagnia s'impegna a comunicare all'Aderente-Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro **90** (novanta) giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.

Decorsi i **18** (diciotto) mesi - indipendentemente dalla guarigione clinica della Malattia denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'Aderente-Assicurato del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati - la Compagnia effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'Aderente-Assicurato l'esito della valutazione del sinistro ("**Esito Valutazione IPT Malattia**") entro **90** (novanta) giorni, decorrenti dallo scadere dei **18** (diciotto) mesi.

L'accertamento dell'invalidità può avvenire anche al domicilio dell'Aderente-Assicurato nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

La Compagnia, compiuti gli accertamenti del caso e le valutazioni, provvede, al pagamento del Debito Residuo risultante al momento del sinistro.

La Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'Assicurazione le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità, indipendentemente dalla professione dell'Aderente-Assicurato.

d) Diritto all'Indennizzo per IPT in caso di morte per cause indipendenti dall'Infortunio o dalla Malattia

Garanzia IPT da Infortunio:

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente da Infortunio è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'Aderente-Assicurato decede per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia, liquida agli eredi o aventi causa, l'importo del Debito Residuo risultante al momento del sinistro, qualora dovuto, in base alla valutazione della documentazione già ricevuta (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

In questo caso gli eredi o gli aventi causa devono presentare:

- certificato di morte;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi e/o testamentari, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Gli eredi o aventi causa, se necessario, dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Aderente-Assicurato.

La Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'**Esito Valutazione IPT Infortunio** entro **90** (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione.

Garanzia IPT da Malattia:

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente da Malattia è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'Aderente-Assicurato dovesse decedere per cause diverse dalla Malattia denunciata e dopo che la Compagnia abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche, ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Aderente-Assicurato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte dell'Aderente-Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa l'importo pari al Debito Residuo risultante alla data del sinistro.

Se l'Aderente-Assicurato decede per cause diverse dalla Malattia denunciata e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la Compagnia liquida agli eredi o aventi causa, l'importo pari al Debito Residuo risultante alla data del sinistro, a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:

- la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione od equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero;
- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla Malattia generante lo stato di invalidità (es. decesso dell'Aderente-Assicurato a causa di incidente stradale).

Gli eredi o aventi causa, se necessario, dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Aderente-Assicurato.

Gli eredi o aventi causa, dovranno inoltre fornire alla Compagnia:

- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi e/o testamentari, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione del sinistro ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

La Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'**Esito Valutazione IPT Malattia** entro **90** (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

Art. 16.2 - Garanzia "INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE"

a) Oggetto della Garanzia ITT

In caso di **ITT** dell'Aderente-Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia avvenuti nel periodo di Assicurazione, salvo i casi di esclusione specificati all'Art. 17, la Compagnia rimborsa all'Aderente-Assicurato una somma pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del Finanziamento, che hanno scadenza nel periodo di inabilità totale comprovata, fino al limite massimo di **12 mensilità consecutive**.

In particolare ogni indennizzo (commisurato ad una rata intera di Finanziamento), verrà corrisposto di volta in volta **trascorsi 30 giorni continuativi** di documentata inabilità totale, dal termine del periodo di franchigia assoluta e a **partire dalla prima rata in scadenza successiva**.

Nessuna nuova prestazione è dovuta allorché la Compagnia abbia già rimborsato, nel periodo assicurato, una somma pari a **36 mensilità complessive** per più sinistri di **ITT e/o RO**.

La Garanzia **ITT** si attiva quale prestazione alternativa alla Garanzia **RO**, qualora anch'essa contemporaneamente operante; pertanto gli indennizzi spettanti ai sensi della Garanzia **ITT** e della Garanzia **RO non sono cumulabili**.

b) Limitazioni e Periodo di Franchigia della Garanzia ITT

La Garanzia **ITT** è valida senza limiti territoriali ma deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

È previsto un Periodo di Franchigia assoluta di **60 giorni**, che decorre dal 1° giorno di accertata inabilità, durante il quale l'Aderente-Assicurato non ha diritto ad alcun Indennizzo.

ESEMPIO (si ipotizza, per semplicità, che la scadenza della rata coincida con la data di inizio di inabilità):

Data accertamento inabilità	Durata inabilità:	Periodo di Franchigia	Liquidazione inabilità:
2 giugno	120 giorni (dal 2 giugno al 29 settembre)	60 giorni (dal 2 giugno al 31 luglio)	Importo pari alle 2 rate scadute nei 60 giorni successivi (dal 1 agosto a 29 settembre)

Se, dopo meno di **60 giorni** dal termine di una precedente **ITT** indennizzata, si verifica una nuova **ITT**, questa nuova **ITT** viene considerata come la continuazione della precedente. Pertanto il Periodo di Franchigia non è applicabile di nuovo ma la massima durata d'indennizzo di **12 mesi** si valuta complessivamente per i **2 periodi** come se fossero uno solo.

ESEMPIO (si ipotizza, per semplicità, che la scadenza della rata coincida con la data di inizio di inabilità):

Caso a): 2 EVENTI CONSIDERATI COME PERIODI DISTINTI

Durata 1° ITT:	Durata 2° ITT:	Distanza tra 1° e 2° episodio	Liquidazione 1° ITT:	Liquidazione 2° ITT:
n. 9 mesi	n. 11 mesi	61 giorni	n. 7 mesi (al netto del Periodo Franchigia di 60 giorni)	n. 9 mesi (al netto del Periodo di Franchigia di 60 giorni)

Caso b): 2 EVENTI CONSIDERATI COME PERIODO UNICO

Durata 1° ITT:	Durata 2° ITT:	Distanza tra 1° e 2° episodio	Liquidazione 1° ITT:	Liquidazione 2° ITT:
n. 9 mesi	n. 11 mesi	40 giorni	n. 7 mesi (al netto del Periodo di Franchigia di 60 giorni)	n. 5 mesi (che sommati al 1° indennizzo comportano n. 12 Rate pari al massimo di rimborso per periodo)

c) Modalità di accertamento ITT da Infortunio o Malattia

L'Aderente-Assicurato, oltre a fornire alla Compagnia la documentazione medica attestante l'inizio e la fine dell'ITT (secondo quanto previsto dall'art. 18) deve consentire, durante tutto il periodo di inabilità, a sottoporsi a visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine, perizia o accertamento che questa ritenga necessario, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Art. 16.3 - Garanzia "RICOVERO OSPEDALIERO"

a) Oggetto della garanzia RO

In caso di **RO** dell'Aderente-Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia avvenuti nel periodo di Assicurazione e dopo il Periodo di Carenza, salvo i casi di esclusione specificati all'Art. 17, la Compagnia rimborsa all'Aderente-Assicurato una somma pari all'ammontare delle rate mensili del Finanziamento che hanno scadenza nel periodo di **RO** comprovato, fino al limite massimo di **12 mensilità consecutive**.

In particolare l'indennizzo (commisurato ad una rata intera di Finanziamento), verrà corrisposto di volta in volta **trascorsi 30 giorni continuativi** di ricovero ospedaliero dal termine del periodo di franchigia assoluta e a **partire dalla prima rata in scadenza successiva**.

La Garanzia **RO** si attiva quale prestazione alternativa alla Garanzia **ITT**, qualora anch'essa contemporaneamente operante; pertanto gli indennizzi spettanti ai sensi della Garanzia **ITT** e della Garanzia **RO non sono cumulabili**.

Nessuna nuova prestazione è dovuta allorché la Compagnia abbia già rimborsato, nel periodo assicurato, una somma pari a **36 mensilità complessive** per più sinistri di **RO e/o ITT**.

- b) Limitazioni, Periodo di Carenza e Periodo di Franchigia della garanzia RO
La Garanzia **RO** si attiva esclusivamente in una Struttura ospedaliera dell'Unione Europea.
Non sono garantiti i ricoveri ospedalieri avvenuti durante i primi **30** giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione (Periodo di Carenza).
È previsto un Periodo di Franchigia di **7** giorni, che decorre dal 1° giorno di **RO**, durante il quale l'Aderente-Assicurato non ha diritto ad alcun Indennizzo.
- c) Modalità di accertamento RO da Infortunio o Malattia
L'Aderente-Assicurato, oltre a fornire alla Compagnia la documentazione medica attestante il Ricovero Ospedaliero (secondo quanto previsto dall'art. 18), deve consentire, durante tutto il periodo di ricovero, a sottoporsi a visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine, perizia o accertamento che questa ritenga necessario, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Art. 17 – Esclusioni (applicabili a tutte le Garanzie)

Infortuni

Con la presente assicurazione **sono esclusi i seguenti eventi**, in quanto non considerati infortuni:

- le ernie;
- gli avvelenamenti, le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di Infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da Infortunio;
- gli infarti da qualsiasi causa determinati.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- a) da eventi accaduti anteriormente alla data di decorrenza dell'Assicurazione e ogni loro successiva conseguenza;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- c) dall'uso di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili), salvo gli Infortuni subiti durante viaggi aerei che venissero effettuati dall'Aderente-Assicurato, in qualità di passeggero, su veicoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistiche e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Compagnia di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri esercitati da Aeroclubs;
- d) dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° grado comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), canoa fluviale, hockey sul ghiaccio e dalla attività di trapezista e stuntman;
- e) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- f) da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- g) da proprie azioni delittuose o da partecipazione ad imprese temerarie;
- h) da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni;
- i) da esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
- j) da suicidio o tentato suicidio;
- k) da eventi occorsi durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono altresì escluse dall'Assicurazione le conseguenze dell'Infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);

Malattie

Con la presente assicurazione sono esclusi i seguenti casi:

- l'infertilità e la sterilità;
- relativamente alle sole Garanzie **ITT** e **RO**: la gravidanza, il puerperio e le patologie correlate, il parto e l'aborto volontario non terapeutico;
- relativamente alla Garanzia **RO**: i ricoveri non comprovati da un motivo medico oggettivo e/o chirurgico, come ad esempio una convalescenza, una cura termale, un soggiorno presso una casa di cura o gli interventi di chirurgia estetica;
- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata.

In ogni caso, sono escluse dall'Assicurazione le Malattie:

- a) preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione e gli interventi chirurgici che siano stati intrapresi o richiesti prima della data di adesione all'Assicurazione o durante il Periodo di Carenza;
- b) derivanti da intossicazioni causate da abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- c) derivanti dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- d) mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi;
- e) da cure dimagranti e dietetiche;
- f) da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni;
- g) da esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

PARTE III: DENUNCIA E VALUTAZIONE DEL SINISTRO - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Art. 18 – Obblighi in caso di sinistro

In caso di Sinistro l'Aderente-Assicurato deve darne **avviso scritto alla Compagnia** o all'Intermediario mediante lettera raccomandata, eventualmente compilando l'apposito modulo presso la filiale della banca ove è stato sottoscritto il Finanziamento, con i seguenti tempi e modalità:

A) **Se il Sinistro è determinato da Infortunio:**

la denuncia deve essere effettuata nel più breve tempo possibile e, in ogni caso entro **3 (tre) giorni** dalla data del Sinistro stesso o dal momento in cui l'Aderente-Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, con l'indicazione del luogo, giorno, ora e descrizione dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico.

L'Aderente-Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire alla Compagnia di svolgere, anche tramite persone di fiducia della Compagnia stessa, le indagini e gli accertamenti necessari nonché, ove richiesti, si impegnano ad autorizzare il medico curante o il datore di lavoro dell'Aderente-Assicurato a fornire tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'Assicurazione.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, il modulo di denuncia di Sinistro dovrà comunque essere redatto da un medico italiano che certificherà la documentazione sanitaria allegata. Dovranno inoltre essere indicati i riferimenti del medico e/o dell'Istituto di Cura presso cui l'Aderente-Assicurato ha ricevuto le cure all'estero.

Successivamente l'Aderente-Assicurato deve:

a) **nel caso di garanzia IPT:** documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici sino a guarigione avvenuta e fornire, in ogni caso, alla Compagnia il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestare la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

b) **nel caso di garanzia ITT:** fornire dichiarazione medica attestante l'inizio, il perdurare e la fine dell'**ITT**. I certificati devono essere rinnovati, al fine della liquidazione, mensilmente fino alla guarigione che deve essere supportata da relativo certificato medico;

c) **nel caso di garanzia RO:** fornire certificato medico attestante l'inizio, il perdurare e la fine del **RO**, allegando alle dimissioni copia della cartella clinica relativa al Ricovero Ospedaliero. I certificati medici attestanti il perdurare del ricovero devono essere rinnovati, al fine della liquidazione, mensilmente fino alle dimissioni ospedaliere.

Le spese relative ai certificati medici e ogni altra documentazione medica richiesta, salvo sia stato contrariamente convenuto, sono a carico dell'Aderente-Assicurato.

B) **Se il Sinistro è determinato da Malattia:**

nel caso di garanzia IPT, l'Aderente-Assicurato o altra persona in sua vece devono denunciare il Sinistro entro **10 (dieci) giorni** dalla prima diagnosi medica che attesti la Malattia e che, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia IPT. La denuncia deve essere corredata dal certificato medico sulla natura della Malattia. L'Aderente-Assicurato deve inviare periodicamente alla Compagnia le informazioni relative al decorso della Malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento a sua disposizione atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti e, su richiesta della Compagnia, deve inoltre:

- fornire alla Compagnia, in caso di guarigione clinica della Malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;

- in caso diverso dal punto che precede, richiedere alla Compagnia di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità indicate al punto c.2 dell'Art.16.1 - "Garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% (**IPT**)".

Resta in ogni caso convenuto che l'Aderente-Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Nel caso di garanzia **ITT** o **RO** la denuncia deve essere effettuata nel più breve tempo possibile e, in ogni caso entro **3 (tre) giorni** dalla data del Sinistro stesso. Successivamente l'Aderente-Assicurato deve:

a) **nel caso di garanzia ITT:** fornire dichiarazione medica attestante l'inizio, il perdurare e la fine dell'**ITT**. I certificati devono essere rinnovati, al fine della liquidazione, mensilmente fino alla guarigione che deve essere supportata da relativo certificato medico;

b) **nel caso di garanzia RO:** fornire certificato medico attestante l'inizio, il perdurare e la fine del **RO**, allegando alle dimissioni copia della cartella clinica relativa al Ricovero Ospedaliero. I certificati medici attestanti il perdurare del ricovero devono essere rinnovati, al fine della liquidazione, mensilmente fino alle dimissioni ospedaliere.

L'inadempimento degli obblighi di avviso/denuncia di cui ai punti precedenti (A e B), può determinare le conseguenze della perdita del diritto all'Indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso, o la riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio sofferto dalla Compagnia, in caso di omissione colposa di tale obbligo (cfr. Artt. 1913 e 1915 C.C.).

Art. 19 – Valutazione dell'Infortunio o della Malattia o del grado di invalidità

La natura dell'Infortunio o della Malattia, così come il grado di Invalidità Permanente, è concordata dalla Compagnia, o da un perito da questa incaricato, con l'Aderente-Assicurato o persona da lui designata.

In caso di disaccordo sulla **natura** dell'Infortunio o della Malattia che abbiano determinato l'**IPT**, **ITT** o **RO**, oppure sul **grado** di Invalidità Permanente, si potrà risolvere la controversia tramite ricorso all'arbitrato in cui ciascuna delle parti nominerà un proprio perito.

I due periti, così nominati, nomineranno un terzo perito. Le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.

Ciascun perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altri tecnici o ausiliari, i quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo. Se una delle parti non provvede alla nomina del proprio perito o se i periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il Sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio perito; quelle del terzo perito sono ripartite a metà e l'Assicurato conferisce alla Compagnia la facoltà di liquidare detta spesa trattenendo la sua quota dall'Indennizzo eventualmente dovuto.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dall'Assicurato.

Art. 20 – Pagamento dell'Indennizzo

La Compagnia, ricevuta la denuncia del sinistro e valutata la sussistenza del diritto all'indennizzo (in base agli artt. 16, 17 e 19) provvede, non appena ricevuta tutta la documentazione a supporto ai sensi dell'art. 18, al pagamento dell'Indennizzo in base ai seguenti termini:

- **Garanzia IPT:** entro **15** giorni dal ricevimento della quietanza di indennizzo firmata per accettazione dall'Aderente-Assicurato, trasmessa dalla Compagnia unitamente all'invio all'*Esito Valutazione IPT Infortunio / Esito Valutazione IPT Malattia*. L'Indennizzo verrà corrisposto all'Aderente-Assicurato che potrà utilizzarlo per l'estinzione del Finanziamento ovvero per la riduzione del Debito Residuo relativo al detto Finanziamento.

In caso di Estinzione Anticipata Totale del Finanziamento, ove la copertura assicurativa venga mantenuta ai sensi dell'Art. 6 "Estinzione Anticipata del Finanziamento", in caso di sinistro l'Indennizzo verrà determinato in base al Piano di Ammortamento originario e quindi sarà pari al Debito Residuo del Finanziamento alla data del Sinistro.

- **Garanzie ITT e RO:** entro **15** giorni dal termine della rata mensile di cui spetta a termini di polizza, come indicato dalla Compagnia, la liquidazione.

ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave

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

L'Assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione.

L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo Anno.

Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma Assicurato.

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

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

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

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al Rischio, si applicano a favore dell'Assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 c.c.

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Se per il medesimo Rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun Assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli Assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'art. 1913 c.c., indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale

in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

Art. 1913 - Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro

L'Assicurato deve dare avviso del Sinistro all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui si è verificato il Sinistro o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di contestazione del Sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'Assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo di dati personali comuni e particolari.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Titolare delle seguenti finalità:

- Procedere all'elaborazione di preventivi Assicurativi, sulla base delle informazioni ricevute;
- Procedere alla valutazione dei requisiti per l'assicurabilità dei soggetti interessati alla stipula del contratto;
- Procedere alla conclusione, gestione ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- Adempiere ad eventuali obblighi previsti dalla legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- Esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.

Il trattamento avviene nell'ambito di attività assicurativa e riassicurativa, a cui il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei Vostri dati personali, inclusi i dati particolari ai sensi dell'art. 9 GDPR, è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 comma 1 n. 2) del GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Vostri dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati può essere:

- a) Obbligatorio in base ad una legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio Antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile)
- b) Strettamente necessario alla redazione di preventivi assicurativi;

- c) Strettamente necessario alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

4. CONSERVAZIONE

I dati personali conferiti per le finalità sopra espone saranno conservati per il periodo di validità contrattuale assicurativa e successivamente per un periodo di 10 anni. Decorso tale termine i dati personali saranno cancellati.

5. ACCESSO AI DATI

I Vostri dati personali potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di soggetti designati;
- A intermediari assicurativi per finalità di conclusione gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- A soggetti esterni che forniscono servizi in outsourcing al Titolare.
- A riassicuratori con i quali il Titolare sottoscrive specifici trattati per la copertura dei rischi riferiti al contratto assicurativo

6. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Titolare potrà comunicare i Vostri dati, per le finalità di cui al punto 1 precedente e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, a terzi soggetti operanti nel settore assicurativo, società di servizi informatici o società a cui il Titolare ha affidato attività in outsourcing o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione è obbligatoria.

7. DIFFUSIONE

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

8. TRASFERIMENTO DATI ALL'ESTERO

La gestione e la conservazione dei dati personali avverrà su server ubicati all'interno del territorio italiano o comunque dell'Unione Europea. I dati non saranno oggetto di trasferimento all'esterno dell'Unione Europea.

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di interessati, avete i diritti riconosciuti dall'art. 15 del GDPR, in particolare di:

- Ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che vi riguardano;
- Ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare, degli eventuali responsabili e dell'eventuale rappresentante designati ai sensi dell'art. 3 comma 1 del GDPR; e) dei soggetti e delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati;
- Ottenere: a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quanto avete interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- Opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che vi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che vi riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Ove applicabili, avete altresì i diritti di cui agli articoli 16 – 21 del GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio,

diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità de dati contrattuali e grezzi di navigazione, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

10. MODALITA' DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Potrete in qualsiasi momento esercitare i Vostri diritti inviando una email, un fax o una raccomandata A.R. all'indirizzo del Titolare.

11. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare del trattamento è:

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.

Piazza Armando Diaz n. 6

20123 – Milano

Email: global.assistance@globalassistance.it

PEC: globalassistancespa@legalmail.it

Fax: 02/43335020