

PiùProtetti Formula Persona

Copertura assicurativa multirischi abbinabile facoltativamente ai finanziamenti erogati dalla Banca Popolare di Bari S.c.p.A.

Contratto di assicurazione dei rami vita e danni con coperture assicurative in caso di decesso, infortunio, malattia e perdita di impiego

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Glossario**
- **Modulo di proposta**

deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione della proposta di adesione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1

Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEI RAMI VITA E DANNI CON COPERTURE ASSICURATIVE IN CASO DI DECESSO, INFORTUNIO, MALATTIA E PERDITA DI IMPIEGO

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

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della adesione.

Contratto di assicurazione abbinabile facoltativamente ai finanziamenti erogati dalla Banca popolare di Bari S.c.p.A.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale - Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Italia. Tel 06/3018.1 - fax 06/80.210.831 - www.groupama.it; info@groupama.it; PEC: groupama@legalmail.it.

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585 e nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023, ed è diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato e relativo all'esercizio 2015, il patrimonio netto della Società ammonta a 445,3 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 172,6 e a 272,7 milioni di Euro.

Alla stessa data gli indici di solvibilità delle gestioni vita e danni, corrispondenti al rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, sono rispettivamente pari a 1,07 e a 1,60.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il prodotto è destinato ai clienti della Banca popolare di Bari S.c.p.A., di seguito "Banca", che intendano tutelarsi a seguito dell'accensione di un finanziamento, sia esso un prestito generico o un mutuo ipotecario/chirografario.

Sono previste le seguenti coperture assicurative:

- a) decesso
- b) invalidità totale permanente da infortunio
- c) inabilità temporanea totale da infortunio o malattia
- d) perdita di impiego
- e) ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico

Tali coperture assicurative sono attive o attivabili sulla base dell'importo del capitale assicurato, dello status lavorativo dell'Assicurato dichiarato all'emissione del contratto e della durata contrattuale, come di seguito riportato.

In caso di **finanziamento di importo inferiore o uguale a 50.000,00 Euro e di durata del periodo di ammortamento non superiore a 120 mesi**, se l'Assicurato è

- un **lavoratore Autonomo**, sono sempre attive le sole coperture a), b) e c);
- un **lavoratore Dipendente Pubblico, Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente Privato che svolge la propria attività lavorativa in modo consecutivo con obbligo di prestazione di lavoro inferiore a 20 ore settimanali, oppure che lavori in un'impresa familiare, oppure che abbia il contratto di lavoro non regolato dalla Legge italiana**, sono sempre attive le sole coperture a), b) ed e);
- un **lavoratore Dipendente Privato**, non rientrante nelle casistiche sopra menzionate, sono sempre attive le sole coperture a), b) e d): solo in aggiunta a queste, sarà possibile attivare anche la copertura e).

In caso di **finanziamento di importo superiore a 50.000,00 Euro e di durata del periodo di ammortamento non superiore a 120 mesi**, se l'Assicurato è

- un **lavoratore Autonomo**, sono sempre attive le coperture a) e b), e solo in aggiunta a queste, sarà possibile attivare anche la copertura c);
- un **lavoratore Dipendente Pubblico, Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente Privato che svolge la propria attività lavorativa in modo consecutivo con obbligo di prestazione di lavoro inferiore a 20 ore settimanali, oppure che lavori in un'impresa familiare, oppure che abbia il contratto di lavoro non regolato dalla Legge italiana**, sono sempre attive le coperture a) e b), solo in aggiunta a queste sarà possibile attivare anche la copertura e);
- un **lavoratore Dipendente Privato** non rientrante nelle casistiche sopra menzionate sono sempre attive le coperture a) e b) e, in aggiunta a queste, sarà possibile attivare anche la copertura d) e congiuntamente a questa la copertura e).

In caso di **finanziamenti con durata del periodo di ammortamento superiore a 120 mesi, indipendentemente dall'importo finanziato**, sono sempre attive le coperture a) e b) e, solo congiuntamente a quest'ultima, è attivabile la copertura e).

Ai fini della attivazione delle singole coperture sopra indicate, sono considerati lavoratori autonomi anche i "Lavoratori a progetto", i "Collaboratori coordinati e continuativi" e le persone fisiche che hanno un contratto di lavoro che non rientra tra le tipologie elencate nella definizione di lavoratore dipendente quali, ad esempio, i lavoratori stagionali.

La durata del contratto coincide con l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza indicate nel modulo di adesione, da determinarsi rispettivamente in funzione della data di erogazione e di scadenza del contratto di finanziamento, ed è comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento, la cui presenza ed il cui termine sono indicati nel modulo di adesione.

Tuttavia, ai fini della attivazione delle singole coperture assicurative, verrà considerata, come sopra indicato, la durata relativa al periodo effettivo di ammortamento.

Le coperture indicate come "Attive" sono in ogni caso subordinate all'esito favorevole del processo assuntivo.

In particolare:

- in caso di esito non favorevole del processo assuntivo, che comporti l'impossibilità di attivare copertura b), sarà comunque possibile attivare la sola copertura a) .
- l'esito non favorevole del processo assuntivo, che comporti l'impossibilità di attivare la copertura a), rende il prodotto non sottoscrivibile.

La durata della copertura assicurativa, a seconda della tipologia di finanziamento, potrà variare nel rispetto dei seguenti limiti:

- in caso di **prestito generico**, sarà compresa tra un minimo di 12 ed un massimo di 120 mesi (estendibile fino ad un massimo di 121 mesi in presenza di un periodo di preammortamento);
- in caso di **mutuo ipotecario/chirografario**, sarà compresa tra un minimo di 12 ed un massimo di 360 mesi (estendibile fino ad un massimo di 373 mesi in presenza di un periodo di preammortamento).

Ai sensi degli artt. 2 e 3 delle Condizioni di Assicurazione, l'età dell'Assicurato

- **in caso di prestito generico, alla data di decorrenza della copertura assicurativa, deve essere compresa tra i 18 e i 65 anni e non può eccedere i 70 anni alla scadenza del contatto;**
- **in caso di mutuo ipotecario/chirografario, alla data di decorrenza della copertura assicurativa, deve essere compresa tra i 18 e i 60 anni e non può eccedere i 75 anni alla scadenza del contatto.**

Vengono di seguito illustrate le coperture assicurative attive/attivabili previste dal presente contratto:

A) COPERTURA IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa e ferme restando le esclusioni previste all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione, è previsto il pagamento, in favore dei Beneficiari designati, del capitale assicurato, pari al debito residuo in linea capitale alla data del decesso, così come riportato nel Progetto Esemplificativo Personalizzato consegnato all'atto dell'adesione.

Tale copertura cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale permanente da Infortunio.

B) COPERTURA IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DELL'ASSICURATO DERIVANTE DA INFORTUNIO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

In caso di infortunio dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa, dal quale derivi un'invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, ferme restando le esclusioni previste all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione, è previsto il pagamento, in favore dell'Assicurato, del capitale assicurato, pari al debito residuo in linea capitale alla data di accertamento dell'invalidità permanente, così come riportato nel Progetto Esemplificativo Personalizzato consegnato all'atto dell'adesione.

C) COPERTURA IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DERIVANTE DA INFORTUNIO O MALATTIA DELL'ASSICURATO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa, dai quali derivi la perdita temporanea e in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere, per un numero di giorni superiore a 30, ferme restando le esclusioni previste all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione, la Società procederà alla liquidazione, in favore dell'Assicurato e con cadenza trimestrale, di un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della rata mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il valore della rata mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno in dodicesimi) e considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine del periodo di franchigia (30 giorni) e la conclusione del periodo di inabilità, **fino ad un massimo di 12 rate mensili per ogni sinistro.**

In ogni caso, l'Assicurato potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo come sopra definito sia effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di inabilità, suddiviso in gruppi di 30 giorni ciascuno.

Esempio:

Periodicità del finanziamento: bimestrale

Rata bimestrale: 2.000,00 Euro

Rata mensile di riferimento: 1.000,00 Euro (= 2.000,00 x 6/12)

Durata del periodo di inabilità: 45 giorni

Franchigia: 30 giorni

Giorni totali indennizzabili: $45 - 30 = 15$

Importo complessivamente liquidato: $1.000,00 / 30 \times 15$ (= 500,00 Euro).

La copertura è operante a condizione che l'Assicurato, al momento del sinistro, sia un Lavoratore Autonomo: in caso di variazione dello status lavorativo, la Società non sarà tenuta al pagamento dell'indennizzo sopra illustrato, e provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto relativo al periodo intercorrente tra la data di variazione dello status lavorativo e la scadenza originaria della copertura.

Tale copertura cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale permanente da Infortunio.

D) COPERTURA IN CASO DI PERDITA DI IMPIEGO DELL'ASSICURATO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

In caso di disoccupazione dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa per un numero di giorni superiore a 30, ferme restando le esclusioni previste all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione, la Società procederà alla liquidazione, in favore dell'Assicurato e con cadenza trimestrale, di un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della rata mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il valore della rata mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno in dodicesimi) e considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di disoccupazione, **fino ad un massimo di 12 rate mensili per ogni sinistro.**

In ogni caso, l'Assicurato potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo come sopra definito sia effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine

del periodo di franchigia (30 giorni) e la conclusione del periodo di disoccupazione, suddiviso in gruppi di 30 giorni ciascuno.

Esempio:

Periodicità del finanziamento: semestrale

Rata semestrale: 7.200,00 Euro

Rata mensile di riferimento: 1.200,00 Euro (= 7.200,00 x 2/12)

Durata del periodo di disoccupazione: 95 giorni

Franchigia: 30 giorni

Giorni totali indennizzabili: $95 - 30 = 65$

Importo complessivamente liquidato:

- 1.200,00 Euro, per i primi 30 giorni
- 1.200,00 Euro, per i successivi 30 giorni
- $1.200,00 / 30 \times 5$, per i restanti 5 giorni

La copertura è operante a condizione che l'Assicurato, al momento del sinistro, sia un Lavoratore Dipendente Privato, che abbia superato il periodo di prova e che risulti assunto con un contratto di almeno 20 ore settimanali (sono esclusi gli Assicurati lavoratori in un'impresa familiare o con contratto di lavoro non regolato dalla Legge italiana)

In caso di variazione dello status lavorativo, la Società non sarà tenuta al pagamento dell'indennizzo sopra illustrato, e provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto relativo al periodo intercorrente tra la data di variazione dello status lavorativo e la scadenza originaria della copertura.

Tale copertura cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale permanente da Infortunio.

E) COPERTURA IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO DELL'ASSICURATO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

In caso di ricovero ininterrotto dell'Assicurato per un grande intervento chirurgico ricompreso nell' Elenco Grandi Interventi chirurgici previsto a pag. 19/22 delle Condizioni di Assicurazione avvenuto durante il periodo di validità della copertura assicurativa, ferme restando le esclusioni previste all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione, la Società procederà alla liquidazione, in favore dell'Assicurato e con cadenza trimestrale, di un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della rata mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il valore della rata mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno in dodicesimi) e considerando il numero effettivo di giorni di ricovero, **fino ad un massimo di 12 rate mensili per ogni sinistro.**

In ogni caso, l'Assicurato potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo come sopra definito sia effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di giorni di ricovero, suddiviso in gruppi di 30 giorni ciascuno.

Esempio:

Periodicità del finanziamento: quadrimestrale

Rata quadrimestrale: 3.600,00 Euro

Rata mensile di riferimento: 900,00 Euro (= 3.600,00 x 3/12)

Durata del periodo di ricovero: 8 giorni

Importo complessivamente liquidato: $900,00 / 30 \times 8 = 240,00$ Euro

La copertura è operante indipendentemente dallo status lavorativo dell'Assicurato al momento del sinistro.

Tale copertura cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale permanente da Infortunio.

Per gli aspetti di dettaglio delle coperture assicurative si rimanda agli artt. 1, 3, 5, 8, 10, 15 e 21 delle Condizioni di Assicurazione.

Le forme di assicurazione che prevedono la corresponsione di una prestazione in caso di decesso, invalidità permanente, inabilità temporanea o ricovero ospedaliero dell'Assicurato, richiedono il preventivo accertamento delle sue condizioni di salute mediante visita medica ed esami clinici. Tuttavia è possibile, entro determinati importi di capitale assicurato ed entro certi limiti di età, limitarsi alla compilazione di un questionario anamnestico.

La Società ha tuttavia la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, anche laddove sia normalmente prevista la sola compilazione del questionario.

Si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio relativi alle condizioni assuntive previste al variare dell'età e del capitale iniziale assicurato.

Qualora le condizioni assuntive sopra citate prevedano la compilazione del questionario anamnestico, la presentazione degli esiti della visita medica e/o di ulteriori esami clinici, la conclusione dell'adesione e la conseguente attivazione delle coperture assicurative sono subordinate al consenso della Società, formulato a seguito della verifica delle dichiarazioni rese e degli accertamenti sanitari presentati, ai sensi degli artt. 3, 4 e 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Ad eccezione delle coperture in caso di Decesso e Invalidità totale permanente dell'Assicurato, le singole coperture assicurative prevedono dei periodi di carenza, secondo quanto indicato agli articoli 4 e 10 delle Condizioni di Assicurazione.

Trovano inoltre applicazione delle limitazioni in termini di capitale assicurabile (per le coperture in caso di Decesso ed Invalidità totale permanente), periodi di franchigia e/o limitazioni in termini di importo delle rate e di numero massimo di rate indennizzabili (per le coperture assicurative in caso di Inabilità temporanea totale, Perdita di impiego e Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico).

Per gli aspetti di dettaglio di tali franchigie e limitazioni si rimanda all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

Si fornisce di seguito una sintesi delle franchigie e delle limitazioni operanti per le singole coperture assicurative.

- **Coperture in caso di Decesso o di Invalidità totale permanente derivante da infortunio:**
 - **in caso di mutuo ipotecario/chirografario, il capitale assicurato non può essere inferiore al maggior valore tra il 25% del capitale erogato con il contratto di mutuo e 25.000 Euro, e non può eccedere l'importo di 500.000 Euro;**
 - **in caso di prestito generico, il capitale assicurato non può essere inferiore a 1.200,00 Euro, e non può eccedere l'importo di 50.000 Euro.**

Il capitale iniziale assicurato non può essere maggiore del capitale erogato. Il capitale massimo assicurabile è da intendersi come somma dei capitali assicurati in caso di morte

ed invalidità permanente con la Società e del capitale che si intende assicurare con l'adesione alla presente copertura assicurativa.

La copertura in caso di **invalidità totale permanente derivante da infortunio prevede una franchigia percentuale pari al 60%.**

- **Coperture in caso di Inabilità temporanea totale, Perdita di impiego e Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico:**
 - per i casi di inabilità temporanea totale o perdita di impiego, sono operanti franchigie assolute pari a 30 giorni
 - per i casi di inabilità temporanea totale, perdita di impiego, e ricovero per grande intervento chirurgico, è prevista inoltre la corresponsione al massimo di **12 rate mensili per ogni sinistro**, nel limite di **36 rate mensili per l'intero periodo di durata della copertura**. Ogni indennizzo è pagato nei limiti del **massimale di 2.000 Euro per singola rata mensile rimborsata**.

Per una migliore comprensione dei concetti di franchigia e massimale, di seguito sono indicate alcune esemplificazioni numeriche finalizzate ad illustrarne il funzionamento.

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Corrisponde alla somma che non sarà indennizzata all'Assicurato e che quest'ultimo non potrà diversamente assicurare pena la perdita del diritto all'indennizzo. Solitamente è espressa in cifra assoluta, in una percentuale della somma assicurata o in giorni.

Esempio di **franchigia espressa in giorni**: se l'inabilità o il periodo di disoccupazione hanno una durata di 25 giorni, prevedendo le Condizioni di Assicurazione una franchigia di giorni 30, la Società non è tenuta ad alcun indennizzo; se l'inabilità o il periodo di disoccupazione hanno una durata di 31 giorni, la Società è tenuta al pagamento della rata mensile considerando il numero effettivo di giorni dal termine del periodo di franchigia.

Esempio di **franchigia in percentuale**: in presenza di una franchigia fissa sul grado di invalidità permanente accertato, l'invalidità permanente di grado inferiore alla franchigia stabilita non dà luogo ad alcun indennizzo.

Nel presente contratto è prevista una franchigia sul grado di invalidità permanente pari al 60%, pertanto, se il danno è quantificabile in una percentuale di invalidità permanente accertata del 50%, la Società non corrisponde alcun indennizzo, mentre se il danno è quantificabile in una percentuale di invalidità permanente accertata pari o superiore al 60%, la Società corrisponde a titolo di indennizzo il debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve alla banca alla data di certificazione medica dell'insorgenza dell'invalidità.

Il **massimale** rappresenta la somma pattuita in polizza fino alla quale la Società si impegna a prestare la copertura assicurativa. Se gli importi dovuti alla banca sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'Assicurato.

Ad esempio, se il finanziamento erogato dalla banca è di 600.000,00 Euro, ma il massimale previsto dalle Condizioni di Assicurazione è di 500.000,00 Euro, la Società è tenuta a prestare la copertura solo fino alla concorrenza di quest'ultima somma e resta a carico dell'Assicurato la differenza di 100.000,00 Euro, ovvero il corrispondente debito residuo o l'eccedenza della rata di ammortamento dovuta a fronte del maggior capitale erogato rispetto a quello assicurato.

Sono altresì sempre operanti le esclusioni dalle singole coperture assicurative specificate all'art. 11 delle stesse Condizioni di Assicurazione.

Il debito residuo assicurato con la copertura in caso di Decesso e di Invalidità totale permanente è individuato dal Progetto Esemplificativo Personalizzato a rata costante richiamato nel modulo di adesione.

La rata mensile di riferimento per la determinazione delle prestazioni assicurate relative alle coperture Inabilità temporanea totale, Perdita di impiego e Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico, è pari all'importo effettivo della rata mensile così come comunicato dalla Banca (in caso di diverso frazionamento, il valore della rata mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno in dodicesimi).

Se il capitale assicurato indicato sul modulo di adesione corrisponde ad una quota percentuale del valore capitale del contratto di finanziamento sottoscritto con la Banca e detta quota è richiamata nel modulo di adesione, la rata mensile assicurata è determinata rispetto alla quota di capitale assicurato.

Le modalità di determinazione delle prestazioni assicurate sopra illustrate sono valide anche per i contratti di finanziamento a rata o durata variabile e per i mutui stato avanzamento lavori, indipendentemente dall'effettiva durata del periodo di preammortamento e dell'effettiva decrescenza del debito residuo.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato circa la necessità di leggere attentamente le avvertenze e le raccomandazioni contenute nella proposta di adesione, relative alla compilazione del questionario anamnestico.

Inoltre, si raccomanda di leggere attentamente quanto riportato nelle Condizioni di Assicurazione, relativamente ai periodi di sospensione delle coperture assicurative, alle franchigie, ai massimali (artt. 2, 3 e 10 delle Condizioni di Assicurazione), alle condizioni per l'assunzione del rischio (art. 4 delle Condizioni di Assicurazione) e alle esclusioni (art. 11 delle Condizioni di Assicurazione).

4. Periodi di carenza contrattuale

Ad eccezione delle coperture in caso di Decesso o Invalidità totale permanente dell'Assicurato, le singole coperture assicurative prevedono dei periodi di carenza, ossia periodi di tempo che devono intercorrere tra la data di decorrenza dell'adesione e l'effettiva decorrenza della copertura.

Le coperture per

- Inabilità temporanea totale, se derivante da malattia,
- Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico, se derivante da malattia,
- Perdita di impiego,

decorrono dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Sono altresì assimilabili a periodi di carenza, i cosiddetti "periodi di riqualificazione", ossia gli intervalli temporali che debbono intercorrere tra la liquidazione di un indennizzo per Inabilità temporanea totale o Perdita di impiego ed il verificarsi di un secondo evento afferente alla medesima copertura, affinché la stessa risulti operativa ed il nuovo evento pienamente indennizzabile.

Il verificarsi di un sinistro nel corso del periodo di riqualificazione non dà diritto ad alcun indennizzo.

La copertura di Inabilità temporanea totale prevede un periodo di riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo sinistro è dovuto allo stesso infortunio o alla stessa malattia del sinistro precedente.

La copertura perdita di impiego prevede un periodo di riqualificazione di 90 giorni.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Le eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione dell'adesione potrebbero comportare effetti sulla prestazione.

Le conseguenze sono descritte all'articolo 5 delle Condizioni di Assicurazione, a cui si rinvia.

È necessario rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande del questionario anamnestico.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione/status lavorativo

L'Assicurato non è tenuto a comunicare alla Società ogni eventuale aggravamento e diminuzione del rischio conseguente a variazioni delle attività professionali e sportive svolte, successive alla data di decorrenza delle coperture assicurative.

In caso di variazione dello status lavorativo (così come definito nel Glossario) dichiarato all'emissione del contratto, l'Assicurato è tenuto a comunicare per iscritto alla Società il nuovo status/professione: qualora siano state attivate le coperture per Inabilità temporanea totale o Perdita di Impiego e il nuovo status non avrebbe consentito all'emissione del contratto di attivarle sulla base di quanto riportato al precedente art. 3, la Società provvederà alla restituzione del relativo premio pagato e non goduto relativo al periodo intercorrente tra la data di variazione dello status lavorativo e la scadenza originaria della copertura. La Copertura di ricovero ospedaliero per grandi interventi chirurgici resta invece ferma, ove richiamata all'emissione, indipendentemente da eventuali cambiamenti dello status lavorativo.

In caso di sinistro, l'Assicurato è tenuto a comunicare per iscritto alla Società il proprio inquadramento professionale alla data del sinistro, fornendo le specifiche di volta in volta necessarie nel rispetto di quanto previsto all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

7. Premi

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione di un premio unico anticipato, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle coperture assicurative prestate dalla Società e per tutta la durata delle stesse.

Il premio unico dovuto è determinato in relazione alla durata della copertura assicurativa (espressa in mesi), all'importo del capitale assicurato ed alle coperture attivate, allo stato di salute dell'Assicurato e, sulla base del capitale assicurato, anche alle attività professionali e sportive dallo stesso svolte alla data di decorrenza della copertura assicurativa.

La Società ha conferito alla Banca Popolare di Bari S.c.p.A., di seguito "Banca", apposito mandato all'incasso del premio, che viene addebitato all'Assicurato in forza di autorizzazione, conferita dall'Assicurato stesso alla banca nel modulo di adesione, a trattenere detta somma dal conto corrente intestato all'Assicurato stesso.

L'incasso di tale somma da parte della Banca vale come pagamento effettuato direttamente alla Società.

Sul premio unico corrisposto dall'Assicurato gravano dei **costi di caricamento** destinati alla copertura delle spese di emissione e gestione dell'adesione.

Detti costi, prelevati dal premio unico corrisposto alla sottoscrizione, ammontano al 57% del premio. La quota parte dei costi di caricamento percepita dall'intermediario è pari all' 87,7%.

A titolo esemplificativo, a fronte del pagamento di un premio unico di 5.000,00 Euro, i costi di caricamento sostenuti dall'Assicurato ammontano a 2.850,00 Euro, di cui l'importo percepito dall'intermediario è di 2.500,00 Euro.

In caso di estinzione anticipata totale, rinegoziazione o esercizio del diritto di portabilità del contratto di finanziamento (ad esempio mediante trasferimento od accollo ad altra persona), e

previa specifica comunicazione scritta inviata dalla Banca, o in subordine dall'Assicurato, alla Società, è prevista l'estinzione anticipata della copertura assicurativa ed il rimborso della parte di premio pagato relativo al periodo per il quale le coperture non hanno avuto effetto.

In alternativa, su richiesta dell'Assicurato, è possibile mantenere la copertura assicurativa fino alla scadenza della stessa.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 3 e 9 delle Condizioni di Assicurazione.

8. Rivalse

La rivalsa è un diritto dell'Assicuratore sancito dal Codice Civile. Si applica quando la Società, dopo aver pagato un sinistro, pretenda, da parte dell'Assicurato o da parte di eventuali terzi responsabili del danno, la restituzione dell'intera somma corrisposta o di parte di essa.

Per il presente contratto la Società rinuncia al diritto di rivalsa.

9. Sconti

Il presente contratto non prevede sconti sui premi.

10. Regime fiscale

Sono di seguito riportate le norme **in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa**, con riferimento alla specifica forma contrattuale oggetto del presente Fascicolo Informativo.

Imposta sui premi

I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte.

I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni.

I premi relativi al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Malattia, Infortuni, e Perdita di Impiego, sono soggetti ad un'aliquota d'imposta del 2,50%.

Detraibilità fiscale dei premi

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e di invalidità permanente qualificata (superiore al 5%) danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura annua massima di 100,70 Euro, che corrisponde all'importo di 530,00 Euro moltiplicato per l'aliquota del 19%. Per usufruire della detrazione, l'Assicurato deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico.

Tassazione delle somme assicurate

I capitali corrisposti alle persone fisiche ai sensi del presente contratto e in caso di morte dell'Assicurato non sono soggetti all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni.

11. Modalità di perfezionamento del contratto/adesione

Le modalità di perfezionamento dell'adesione e di determinazione della decorrenza delle coperture assicurative sono dettagliatamente illustrate all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, fatti salvi i periodi di carenza contrattuale indicati al precedente art. 4 e all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

12. Riscatto

La presente copertura assicurativa **non ammette valore di riscatto**, in quanto il premio corrisposto viene interamente utilizzato dalla Società per far fronte ai rischi demografici oggetto delle diverse coperture (rischio di mortalità, di invalidità, ecc); conseguentemente, **nel caso in cui non si**

verificasse alcun sinistro nel periodo di validità della copertura assicurativa, nessuna prestazione sarà dovuta alla scadenza ed il premio corrisposto resterà acquisito dalla Società.

Resta salva l'estinzione anticipata della copertura assicurativa ed il rimborso della parte di premio pagato relativo al periodo per il quale le coperture non hanno avuto effetto, in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del contratto di finanziamento, ai sensi del precedente art. 7 e dell'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

13. Revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione dell'adesione, l'Assicurato ha la facoltà di revocare la proposta di adesione mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.

A fronte della revoca, la Compagnia annulla la proposta pervenuta.

La Società è tenuta al rimborso delle somme eventualmente versate dall'Assicurato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

14. Diritto di recesso

Entro e non oltre 60 giorni dalla conclusione dell'adesione, l'Assicurato può recedere.

Per esercitare il diritto di recesso l'Assicurato deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. – la propria volontà di recedere dall'adesione, indicando gli elementi identificativi della stessa e restituendo l'originale del modulo di adesione; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese n° 385 – 00144 Roma.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dall'adesione a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa all'Assicurato il premio da questi corrisposto, al netto delle imposte.

Per le sole coperture di Invalidità totale permanente, Inabilità temporanea, Perdita di impiego e Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico, con durata superiore ai cinque anni, è data facoltà all'Assicurato, trascorso il quinquennio, di recedere senza oneri 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.

Per maggiori dettagli si rimanda all'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

Groupama Assicurazioni S.p.A. ha diritto di recedere dall'adesione entro 30 giorni dal momento in cui è informata della conclusione della stessa, dandone comunicazione all'Assicurato a mezzo lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della posizione assicurata e restituendo il premio versato.

Il recesso, da chiunque esercitato, comporta l'annullamento dell'adesione e delle coperture assicurative.

15. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

L'Assicurato o il/i Beneficiario/i sono tenuti a presentare alla Società, per ogni ipotesi di liquidazione da parte della stessa, la documentazione di cui all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società, una volta ricevuta la suddetta documentazione, verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo ed individuati gli aventi diritto alla liquidazione, esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali nel termine di trenta giorni dall'avvenuta conoscenza dell'evento

nonché dalla ricezione della documentazione, di cui al precedente comma, che consentono la liquidazione della prestazione. Decorso il suddetto termine, la Società riconosce agli aventi diritto, a partire dallo stesso, i dovuti interessi moratori.

Si precisa, inoltre, che i diritti alla riscossione delle prestazioni derivanti dal contratto si prescrivono, ai sensi dell'art. 2952 del cod. civ., in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, per quanto attiene alle prestazioni derivanti dalla copertura assicurativa in caso di Decesso, in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda per quanto attiene le prestazioni derivanti dalle altre coperture previste dal presente contratto. Gli importi dovuti e non reclamati alla Società entro i suddetti termini vengono comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze e devoluti al Fondo di Solidarietà per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso lo stesso Ministero, ai sensi della Legge n. 266 del 23 Dicembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

16. Legge applicabile al contratto

Al presente contratto si applica la legge italiana. In particolare si rilevano i seguenti aspetti legali:

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza delle polizze vita non sono pignorabili né sequestrabili. Tuttavia il premio corrisposto dall'Assicurato soggiace alle disposizioni relative alla revocabilità degli atti compiuti in pregiudizio ai creditori.

Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, le somme corrisposte al Beneficiario a seguito di decesso non rientrano nell'asse ereditario.

17. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto/il modulo di adesione, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di durata delle coperture assicurative sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

18. Informativa in corso di contratto

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia alla pagina *Aggiornamenti documentazione* raggiungibile dalla sezione *Prodotti* del sito www.groupama.it.

Sul sito www.groupama.it è disponibile un'Area Clienti riservata dove è possibile consultare la propria posizione assicurativa. Per garantire una consultazione sicura, le credenziali d'accesso verranno rilasciate solo su specifica richiesta.

Per ottenerle, è necessario effettuare la registrazione all'area riservata, accessibile dalla home page del sito della Società, e seguire le istruzioni riportate. Alla conclusione del processo verranno fornite le credenziali per la consultazione dell'area riservata.

19. Comunicazioni dell'Assicurato alla Società

Per comunicazioni relative a sinistro o variazione dello status lavorativo dichiarato all'emissione del contratto, è possibile scrivere a: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma.

20. Conflitto di interessi

La Società si impegna a:

- mettere in atto le procedure di monitoraggio per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse;

- evitare, sia nella fase di offerta che in quella d'esecuzione del presente prodotto, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di gruppo o rapporti di affari propri o di altre società del Gruppo;
- garantire, nei casi in cui il conflitto non possa essere evitato, che gli interessi dei contraenti non subiscano alcun pregiudizio;
- operare, ai sensi e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 51 del Regolamento IVASS (ex Isvap) n. 35 del 26 maggio 2010 e successive modifiche ed integrazioni, nell'interesse dei contraenti al fine di ottenere il miglior risultato possibile.

La Società ha, in particolare, definito quali fattispecie di potenziale conflitto di interessi tutte quelle situazioni che implicano rapporti con le altre società del Gruppo francese Groupama o con le quali la Società intrattiene rapporti di affari rilevanti.

In ogni caso la Società si impegna:

- pur in presenza del conflitto di interessi, ad operare in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti;
- ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile, indipendentemente dall'esistenza di eventuali accordi.

Ai sensi dell'art. 48, comma 1bis, del Regolamento IVASS (ex Isvap) n. 5 del 16 ottobre 2006, la Banca che colloca la presente copertura assicurativa non può essere designata in qualità di beneficiaria o vincolataria delle prestazioni assicurate.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

21. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

L'insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dagli aventi diritto alla Società. A tale scopo è possibile utilizzare il modulo di comunicazione del sinistro disponibile presso la Banca in cui è indicata la documentazione da presentare, come previsto all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

Per la copertura di Invalidità totale permanente è previsto che la Società possa effettuare l'accertamento dell'invalidità permanente tra il sesto e il dodicesimo mese dalla data di denuncia.

Per maggiori dettagli sulle procedure liquidative si rinvia al precedente art. 15 e agli articoli da 13 a 17 delle Condizioni di Assicurazione.

22. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma - fax: 06 80.210.979 - E-mail: reclami@groupama.it .

Qualora l'Esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami, nonché sul sito www.groupama.it, nella sezione Contatti/Reclami.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato

il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) attivando la procedura FIN-NET oppure direttamente all'IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

23. Arbitrato

Nel contratto è prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie.

Per la risoluzione delle controversie è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

* * *

Groupama Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Groupama Assicurazioni S.p.A.
Il Rappresentante legale
Dominique Uzel



Dati aggiornati al 1° Luglio 2016
Nota Informativa del Fascicolo Informativo Mod. 220316 Ed. 07-2016

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEI RAMI VITA E DANNI

CON COPERTURE ASSICURATIVE IN CASO DI DECESSO, INFORTUNIO, MALATTIA E PERDITA DI IMPIEGO

Premessa

Le singole adesioni a “PiùProtetti - FORMULA PERSONA” – Copertura assicurativa abbinabile facoltativamente ai finanziamenti erogati dalla Banca Popolare di Bari S.c.p.A., sono disciplinate:

- dalle Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto indicato nel modulo di adesione, comprensivo di eventuali appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

1. OGGETTO DELLE COPERTURE E OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano le coperture assicurative, in forma collettiva, connesse all'erogazione da parte di Banca Popolare di Bari S.c.p.A. di contratti di finanziamenti.

L'assicurazione collettiva è stipulata da Banca Popolare di Bari S.c.p.A., in qualità di Contraente, in nome proprio e per conto propri dei clienti ai quali abbia concesso un prestito generico, un mutuo chirografario o ipotecario.

Sono previste le seguenti coperture assicurative:

- a) decesso
- b) invalidità totale permanente da infortunio
- c) inabilità temporanea totale da infortunio o malattia
- d) perdita di impiego
- e) ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico

Tali coperture assicurative sono attive o attivabili sulla base dell'importo del capitale assicurato, dello status lavorativo dell'Assicurato dichiarato all'emissione del contratto e della durata contrattuale, come di seguito riportato.

In caso di **finanziamento di importo inferiore o uguale a 50.000,00 Euro e di durata del periodo di ammortamento non superiore a 120 mesi**, se l'Assicurato è

- un **lavoratore Autonomo**, sono sempre attive le sole coperture a), b) e c);
- un **lavoratore Dipendente Pubblico, Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente Privato che svolge la propria attività lavorativa in modo consecutivo con obbligo di prestazione di lavoro inferiore a 20 ore settimanali, oppure che lavori in un'impresa familiare, oppure che abbia il contratto di lavoro non regolato dalla Legge italiana**, sono sempre attive le sole coperture a), b) ed e);
- un **lavoratore Dipendente Privato**, non rientrante nelle casistiche sopra menzionate, sono sempre attive le sole coperture a), b) e d): solo in aggiunta a queste, sarà possibile attivare anche la copertura e).

In caso di **finanziamento di importo superiore a 50.000,00 Euro e di durata del periodo di ammortamento non superiore a 120 mesi**, se l'Assicurato è

- un **lavoratore Autonomo**, sono sempre attive le coperture a) e b), e solo in aggiunta a queste, sarà possibile attivare anche la copertura c);

- un **lavoratore Dipendente Pubblico, Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente Privato** che svolge la propria attività lavorativa in modo consecutivo con obbligo di prestazione di lavoro inferiore a 20 ore settimanali, oppure che lavori in un'impresa familiare, oppure che abbia il contratto di lavoro non regolato dalla Legge italiana, sono sempre attive le coperture a) e b), solo in aggiunta a queste sarà possibile attivare anche la copertura e);
- un **lavoratore Dipendente Privato** non rientrante nelle casistiche sopra menzionate sono sempre attive le coperture a) e b) e, in aggiunta a queste, sarà possibile attivare anche la copertura d) e congiuntamente a questa la copertura e).

In caso di **finanziamenti con durata del periodo di ammortamento superiore a 120 mesi, indipendentemente dall'importo finanziato**, sono sempre attive le coperture a) e b) e, solo congiuntamente a quest'ultima, è attivabile la copertura e).

Ai fini della attivazione delle singole coperture sopra indicate, sono considerati lavoratori autonomi anche i "Lavoratori a progetto", i "Collaboratori coordinati e continuativi" e le persone fisiche che hanno un contratto di lavoro che non rientra tra le tipologie elencate nella definizione di lavoratore dipendente quali, ad esempio, i lavoratori stagionali.

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dal modulo di adesione e dalle appendici da essa firmate.

2. PERSONE ASSICURABILI

È assicurabile la persona fisica, cliente della Banca, che soddisfa le seguenti condizioni:

- **abbia sottoscritto**
 - un contratto di mutuo chirografario o ipotecario di durata compresa tra un minimo di 12 mesi ed un massimo di 360 mesi (373 mesi in presenza di un periodo di preammortamento) oppure
 - un prestito di durata compresa tra un minimo di 12 mesi ed un massimo di 120 mesi (121 mesi in presenza di un periodo di preammortamento);
- **alla data di decorrenza della copertura assicurativa**
 - abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni e tale da non eccedere i 70 anni alla scadenza del contratto, in caso di prestito oppure
 - abbia un'età compresa tra i 18 e i 60 anni e tale da non eccedere i 75 anni alla scadenza del contratto, in caso di mutuo ipotecario/chirografario;
- **abbia ricevuto consenso della Società alla conclusione dell'adesione, a seguito della verifica delle dichiarazioni rese nel questionario anamnestico e degli eventuali accertamenti sanitari presentati così come previsto al successivo articolo 4.**

3. CONCLUSIONE DELL'ADESIONE, DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE

L'adesione si considera perfezionata o conclusa nel momento in cui l'Assicurato sottoscrive il modulo di adesione e provvede al pagamento del premio pattuito, secondo le modalità indicate al successivo art. 9.

Fatto salvo quanto previsto al precedente art. 2 e ferme le carenze stabilite agli articoli 10.B, 10.C, 10.D e 10.E, gli effetti dell'adesione decorrono dalle ore 24:00 del giorno della relativa conclusione, ai sensi del comma precedente.

Qualora l'adesione preveda una data di decorrenza successiva, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24:00 del giorno ivi previsto.

La durata del contratto coincide con l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza indicate nel modulo di adesione, da determinarsi rispettivamente in funzione della data di erogazione e di scadenza del contratto di finanziamento, ed è comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento, la cui presenza ed il cui termine sono indicati nel modulo di adesione.

Tuttavia, ai fini della attivazione delle singole coperture assicurative, verrà considerata, come sopra indicato, la durata relativa al periodo effettivo di ammortamento.

La durata della copertura assicurativa, a seconda della tipologia di finanziamento, potrà variare nel rispetto dei seguenti limiti:

- in caso di **prestito generico**, sarà compresa tra un minimo di 12 ed un massimo di 120 mesi (estendibile fino ad un massimo di 121 mesi in presenza di un periodo di preammortamento);
- in caso di **mutuo ipotecario/chirografario**, sarà compresa tra un minimo di 12 ed un massimo di 360 mesi (estendibile fino ad un massimo di 373 mesi in presenza di un periodo di preammortamento).

Gli effetti della copertura assicurativa cessano alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel modulo di adesione, ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- Decesso dell'Assicurato;
- liquidazione dell'indennizzo previsto per Invalidità totale permanente dell'Assicurato;
- estinzione anticipata totale, rinegoziazione o esercizio del diritto di portabilità del contratto di finanziamento (ad esempio mediante trasferimento od accollo ad altra persona)

Estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento

In caso di estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento, le coperture assicurative continueranno a vigere a favore dell'Assicurato fino alla scadenza indicata nel modulo di adesione.

In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione parziale del contratto di finanziamento, la prestazione assicurata sarà determinata sulla base del piano di ammortamento iniziale riportato nel Progetto esemplificativo personalizzato.

Estinzione anticipata totale, rinegoziazione o esercizio del diritto di portabilità (trasferimento o accollo ad altra persona) del contratto di finanziamento

Nei casi di estinzione anticipata totale, rinegoziazione (qualora dia luogo ad un nuovo contratto di finanziamento) o esercizio del diritto di portabilità del contratto di finanziamento (ad esempio mediante trasferimento od accollo ad altra persona) e previa specifica comunicazione scritta inviata dalla Banca, o in subordine dall'Assicurato, alla Società, è prevista l'estinzione anticipata della copertura assicurativa.

A fronte della comunicazione, le coperture assicurative cesseranno e la Società provvederà al rimborso della parte di premio corrispondente al periodo di copertura assicurativa non goduta, calcolata alla data dell'estinzione, come di seguito riportato.

La parte di premio a cui l'Assicurato avrà diritto è rappresentata dalla somma di due componenti: quella relativa al caricamento e quella relativa al premio puro.

La componente relativa al caricamento si ottiene moltiplicando l'importo dei costi, indicati nel modulo di adesione, per il rapporto tra la durata in giorni mancanti alla scadenza originaria del contratto di assicurazione e la sua durata complessiva originaria espressa in giorni.

La componente relativa al premio puro si ottiene:

- per la copertura Decesso e Invalidità Totale Permanente da infortunio, moltiplicando l'importo del relativo premio versato (al netto delle imposte), diminuito dell'importo dei relativi costi, per il rapporto tra i giorni mancanti alla scadenza originaria del contratto di assicurazione e la durata complessiva originaria dello stesso - espressa in giorni - ulteriormente moltiplicata per il rapporto tra capitale assicurato in essere al momento di estinzione del finanziamento, determinato sulla base del piano di ammortamento iniziale riportato nel Progetto esemplificativo personalizzato, ed il capitale assicurato iniziale;
- per le coperture Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita di Impiego, moltiplicando l'importo del relativo premio versato (al netto delle imposte), diminuito dell'importo dei relativi costi, per il rapporto tra i giorni mancanti alla scadenza delle coperture assicurative e la durata originaria complessiva delle stesse espressa in giorni.

A titolo esemplificativo viene di seguito fornito un esempio numerico del calcolo sopra descritto nell'ipotesi che siano attive le coperture per Decesso e Invalidità Totale Permanente da Infortunio.

Premio netto della copertura per Decesso = 1000 Euro

Premio netto della copertura per Invalidità Totale Permanente da infortunio = 500 Euro

Costi applicati sul premio netto della copertura per Decesso = 57% x 1000 = 570 Euro

Costi applicati sul premio netto della copertura per Invalidità Totale Permanente da infortunio = 57% x 500 = 285 Euro

Capitale assicurato iniziale = 10.000,00 Euro

Capitale assicurato ultimo = 7.500,00 Euro

Durata del contratto = (5 anni) = 5 x 360 = 1800 giorni

Durata residua alla data di estinzione del finanziamento = (2 anni) = 2 x 360 = 720 giorni

Premio rimborsato =

$(570 + 285) \times 720/1800 + ((1000 - 570) + (500 - 285)) \times 720/1800 \times 7500/10000 = 535,50.$

A fronte dell'estinzione anticipata dell'adesione, le coperture assicurative dovranno intendersi estinte e nessuna prestazione sarà più dovuta dalla Società.

Rimane ferma, nei casi di estinzione anticipata totale, rinegoziazione o esercizio del diritto di portabilità del contratto di finanziamento, la facoltà dell'Assicurato di mantenere la copertura assicurativa fino alla naturale scadenza dell'adesione, come indicata nel modulo di adesione.

In caso di sinistro successivo ad una delle operazioni sopra indicate, e nel caso l'Assicurato abbia optato per il mantenimento della copertura assicurativa, la prestazione assicurata sarà determinata sulla base del piano di ammortamento iniziale riportato nel Progetto esemplificativo personalizzato.

4. LIMITI E MODALITÀ ASSUNTIVE

Al momento dell'adesione, l'età dell'Assicurato

- in caso di prestito generico, deve essere compresa tra i 18 e i 65 anni e non può eccedere i 70 anni alla scadenza del contratto;
- in caso di mutuo ipotecario/chirografario, deve essere compresa tra i 18 e i 60 anni e non può eccedere i 75 anni alla scadenza del contratto;

L'età dell'Assicurato è calcolata al compleanno più prossimo (età anagrafica aumentata di un anno nel caso in cui siano trascorsi almeno sei mesi dall'ultimo compleanno).

In funzione del cumulo dei capitali assicurati con la Società e dell'età dell'Assicurato al momento dell'adesione, l'Assicurato stesso, nel rispetto della tabella di seguito riportata, dovrà:

- compilare il questionario anamnestico semplificato;
- compilare il questionario anamnestico, completo delle domande relative alle attività professionali e sportive praticate;
- compilare il questionario anamnestico, completo delle domande relative alle attività professionali e sportive praticate, ed effettuare gli esami e gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dalla Società.

Capitale assicurato ^(*)	Età dell'Assicurato all'adesione da 18 a 50 anni	Età dell'Assicurato all'adesione da 51 a 65
Fino a € 50.000,00	Questionario anamnestico semplificato	Questionario anamnestico semplificato
Da € 50.000,01 a 150.000,00	Questionario anamnestico semplificato	Questionario anamnestico completo
Da € 150.000,01 Fino a € 300.000,00	Questionario anamnestico completo	Questionario anamnestico completo
Da € 300.000,01 Fino a € 500.000,00	Questionario anamnestico completo + Esami Medici	Questionario anamnestico completo + Esami Medici

() L'importo del capitale assicurato, da considerare ai fini delle informazioni e degli accertamenti sanitari richiesti, corrisponde al cumulo dei capitali assicurati con la Società in caso di decesso o invalidità totale permanente e del capitale che si intende assicurare con l'adesione alla presente copertura assicurativa.*

Il questionario anamnestico coincide con la sezione "Dichiarazioni dell'Assicurato" presente nella proposta di adesione.

La Società ha la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, anche laddove sia prevista la sola compilazione del questionario anamnestico semplificato o completo.

Nei casi che prevedono la presentazione di esami ed accertamenti medici, il dettaglio degli stessi è fornito di volta in volta dalla Società.

Nei casi che richiedono la compilazione del questionario anamnestico e dalle risposte rese dall'Assicurato si renda necessaria la valutazione della Società, oppure nei casi che prevedono, oltre alla compilazione del questionario, la presentazione di esami e accertamenti medici, l'adesione potrà essere perfezionata solo a seguito del parere favorevole della Società e alle condizioni dalla stessa indicate.

5. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione delle Coperture, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

L'Assicurato è tenuto a fornire alla Compagnia, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie per l'assolvimento dell'adeguata verifica ai fini di antiriciclaggio, in quanto al presente contratto si applicano le disposizioni di cui al D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e/o integrazioni, in base alle quali la Società è tenuta a verificare, attraverso l'accertamento dell'identità ed affidabilità del cliente, che il contratto e le operazioni ad esso connesse non perseguano finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

Qualora la Compagnia, in ragione della mancata collaborazione dell'Assicurato, non sia in grado di portare a compimento l'adeguata verifica, per espressa disposizione di legge, non sarà possibile dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta, con conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere e restituzione al Contraente di quanto di sua spettanza (art. 23 del Decreto).

6. REVOCA DELLA PROPOSTA DI ADESIONE

Nella fase che precede la conclusione dell'adesione, l'Assicurato ha la facoltà di revocare la proposta di adesione mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma.

A fronte della revoca, la Società annulla la proposta pervenuta.

La Società è tenuta al rimborso delle somme eventualmente versate dall'Assicurato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

7. DIRITTO DI RECESSO

Entro e non oltre 60 giorni dalla conclusione dell'adesione, l'Assicurato può recedere.

Per esercitare il diritto di recesso l'Assicurato deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. – la propria volontà di recedere dall'adesione, indicando gli elementi identificativi della stessa e restituendo l'originale del modulo di adesione; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dall'adesione a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa all'Assicurato il premio da questi corrisposto, al netto delle imposte.

Il recesso comporta l'annullamento dell'adesione e delle coperture assicurative.

Per le sole coperture di Invalidità totale permanente, Inabilità temporanea totale, Perdita di impiego e Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico, con durata superiore ai cinque anni, è data facoltà all'Assicurato, trascorso il quinquennio, 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.

La Compagnia restituirà all'Assicurato la parte di premio relativa alle coperture sopra richiamate corrispondente al periodo di copertura non goduta calcolata con gli stessi criteri previsti in caso di estinzione anticipata totale e riportati al precedente art. 3, senza la previsione di oneri aggiuntivi.

8. RECESSO DELLA SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A. ha diritto di recedere dall'adesione entro 30 giorni dal momento in cui è informata dell'adesione dell'Assicurato, dandone comunicazione all'Assicurato stesso con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi della posizione assicurata e restituendo il premio versato.

Il recesso comporta l'annullamento dell'adesione e delle coperture assicurative.

9. PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato, all'atto della sottoscrizione dell'adesione, di un premio unico ed anticipato, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle coperture assicurative prestate dalla Società e per tutta la durata delle stesse.

Il premio unico dovuto è determinato in relazione alla durata della copertura assicurativa (espressa in mesi), all'importo del capitale assicurato, alle coperture assicurative attive, nonché sulla base dello stato di salute dell'Assicurato e delle attività professionali e sportive dallo stesso svolte alla data di decorrenza della copertura assicurativa.

La Società ha conferito alla Banca Popolare di Bari S.c.p.A. di seguito "Banca", apposito mandato all'incasso del premio, che viene addebitato all'Assicurato in forza di autorizzazione, conferita dall'Assicurato stesso alla banca nel modulo di adesione, a trattenere detta somma dal conto corrente intestato all'Assicurato stesso.

L'incasso di tale somma da parte della Banca vale come pagamento effettuato direttamente alla Società.

Se il premio non viene pagato dall'Assicurato alla data di decorrenza dell'adesione, le coperture assicurative restano sospese fino alle ore 24:00 del giorno di pagamento del premio dovuto. Trascorsi 30 giorni, senza che sia avvenuto il pagamento, la copertura assicurativa si risolve di diritto.

10. PRESTAZIONI ASSICURATE

Il debito residuo assicurato con le coperture di cui ai successivi artt. 10.A e 10.B è individuato dal piano di ammortamento a rata costante riportato nel Progetto Esemplificativo Personalizzato allegato al modulo di adesione.

La rata mensile di riferimento delle coperture di cui ai successivi artt. 10.C, 10.D e 10.E è pari all'importo effettivo della rata mensile così come comunicato dalla Banca (in caso di diverso frazionamento, il valore della rata mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno in dodicesimi).

Il capitale iniziale assicurato non può essere maggiore del capitale erogato.

Se il capitale iniziale assicurato indicato sul modulo di adesione corrisponde ad una quota percentuale del valore capitale del contratto di finanziamento sottoscritto con la Banca e detta quota è richiamata nel modulo di adesione, la rata mensile assicurata è determinata rispetto alla quota di capitale assicurato.

Le modalità di determinazione delle prestazioni assicurate sopra illustrate sono valide anche per i contratti di finanziamento a rata o durata variabile e per i mutui stato avanzamento lavori, indipendentemente dall'effettiva durata del periodo di preammortamento e dell'effettiva decrescenza del debito residuo.

10. A PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa, è previsto il pagamento del capitale assicurato.

Il capitale assicurato, nei limiti e alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione e ferme restando le esclusioni previste al successivo art. 11, è pari al debito residuo in linea capitale alla data del decesso, come da piano di ammortamento riportato nel Progetto Esemplificativo Personalizzato consegnato allo stesso Assicurato all'atto dell'adesione.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, la copertura assicurativa si intenderà estinta, ed il premio corrisposto resterà acquisito dalla Società.

Tale copertura cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale permanente da Infortunio.

Il capitale iniziale assicurato

- **in caso di mutuo ipotecario/chirografario**, non può essere inferiore al maggior valore tra il 25% del capitale erogato con il contratto di mutuo e 25.000 Euro, e **non può eccedere l'importo di 500.000 Euro;**
- **in caso di prestito generico**, non può essere inferiore a 1.200,00 Euro, e **non può eccedere l'importo di 50.000 Euro.**

Il capitale iniziale assicurato non può essere maggiore del capitale erogato.

Il capitale massimo assicurabile è da intendersi come somma dei capitali assicurati in caso di morte ed invalidità permanente con la Società.

10.B COPERTURA PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

Persone Assicurate

L'Assicurato.

Rischio assicurato

L'invalidità totale e permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, di grado pari o superiore al 60%, a condizione che:

- l'infortunio si sia verificato durante il periodo in cui la copertura è efficace;
- l'invalidità totale permanente dell'Assicurato sia riconosciuta **entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio che l'ha provocata;**
- la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'indennizzo a favore dell'Assicurato.

Il grado di invalidità totale permanente da infortunio è valutato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione.

L'accertamento dell'invalidità da parte della Società avviene tramite visita medico-legale effettuata tra **il sesto ed il dodicesimo mese decorrenti dalla data di denuncia dell'infortunio**. L'accertamento dell'invalidità può avvenire anche al domicilio dell'Assicurato nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

In ogni caso l'Assicurato deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 C.C.).

Le invalidità permanenti già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuovi infortuni o malattie.

Prestazione Assicurata

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di invalidità totale permanente da infortunio, nei limiti e alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione e ferme restando le esclusioni previste al successivo art. 11, è pari al debito residuo in linea capitale alla data in cui il medico legale ha certificato essere insorta l'invalidità totale permanente, così come riportato nel Progetto Esemplificativo Personalizzato consegnato all'Assicurato all'atto dell'adesione.

Eventuali indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità totale temporanea, Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico, Perdita d'impiego, nel periodo intercorrente tra la data di insorgenza dell'invalidità totale permanente e la data della relazione medica attestante la medesima invalidità, saranno detratti dall'Indennizzo dovuto per l'invalidità totale permanente.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, la copertura assicurativa si intenderà estinta, ed il premio corrisposto resterà acquisito dalla Società.

Il capitale iniziale assicurato

- **in caso di mutuo ipotecario/chirografario**, non può essere inferiore al maggior valore tra il 25% del capitale erogato con il contratto di mutuo e 25.000 Euro, e **non può eccedere l'importo di 500.000 Euro;**
- **in caso di prestito generico**, non può essere inferiore a 1.200,00 Euro, e **non può eccedere l'importo di 50.000 Euro.**

Il capitale iniziale assicurato non può essere maggiore del capitale erogato.

Il capitale massimo assicurabile è da intendersi come somma dei capitali assicurati in caso di morte ed invalidità permanente con la Società.

10.C COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

Persone Assicurate

L'Assicurato che, al momento del sinistro, risulti **Lavoratore Autonomo**, ai sensi della definizione riportata nel Glossario, ove si include nella categoria dei lavoratori autonomi anche i lavoratori a progetto, i collaboratori coordinati e continuativi e i lavoratori stagionali.

In caso di variazione dello status lavorativo, qualora la copertura sia richiamata nel modulo di adesione, la Società non sarà tenuta al pagamento dell'indennizzo di seguito illustrato, e provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto relativo al periodo intercorrente tra la data di variazione dello status lavorativo e la scadenza originaria della copertura.

Rischio assicurato

Il rischio assicurato è l'inabilità temporanea e totale al lavoro da infortunio o malattia.

L'Assicurato si definisce "inabile totalmente al lavoro" in modo temporaneo se, a causa di un infortunio o di una malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che il giorno in cui si verifica il sinistro egli eserciti effettivamente un'attività lavorativa regolare.

Franchigia - Carenza

La copertura assicurativa per il caso di inabilità temporanea e totale al lavoro dovuta ad infortunio o malattia è sottoposta ad un periodo di **franchigia assoluta di 30 giorni**.

L'inabilità totale e temporanea al lavoro dovuta a malattia diventa operante dopo un periodo di **carenza di 90 giorni**.

Prestazione Assicurata

Durante il periodo dell'inabilità successivo al periodo di franchigia sopra indicato, la Società procederà, nei limiti e sulla base delle presenti Condizioni di Assicurazione, ferme restando le esclusioni previste al successivo art. 11, alla liquidazione, con cadenza trimestrale, dell'indennizzo calcolato sulla base dell'importo della rata mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il valore della rata mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno in dodicesimi) e considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di inabilità, **fino ad un massimo di 12 rate mensili per ogni sinistro**.

In ogni caso, l'Assicurato potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo come sopra definito sia effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del sinistro, suddiviso in gruppi di 30 giorni ciascuno.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 30 giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima malattia o del medesimo infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di franchigia, **ferma la corresponsione massima di 12 rate per sinistro**.

Qualora il nuovo sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato il periodo di franchigia.

In ogni caso, la Società non corrisponderà più di 36 rate mensili per tutto il periodo di durata della copertura.

Qualsiasi indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di 2.000 Euro mensili per ciascun Assicurato, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i contratti di finanziamento assicurati con la Società che siano pendenti, tra l'Assicurato e la Banca, alla data del sinistro.

Denunce successive

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per inabilità temporanea totale, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per inabilità temporanea totale se, dal termine del sinistro precedente, **non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni** se il nuovo sinistro è dovuto allo stesso infortunio o alla stessa malattia del sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società nei confronti di ciascun Assicurato cessano qualora si sia esaurito il massimale globale di 36 indennizzi mensili.

10.D COPERTURA PER PERDITA DI IMPIEGO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

Persone Assicurate

L'Assicurato che, al momento del sinistro, sia **Lavoratore Dipendente Privato assunto con un contratto di almeno 20 ore settimanali, inclusi i lavoratori con contratto a termine, di somministrazione lavoro e di apprendistato (sono esclusi i Lavoratori Dipendenti Privati in un'impresa familiare o con contratto di lavoro non regolato dalla Legge italiana).**

In caso di variazione dello status lavorativo, qualora la copertura sia richiamata nel modulo di adesione, la Società non sarà tenuta al pagamento dell'indennizzo di seguito illustrato, e provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto relativo al periodo intercorrente tra la data di variazione dello status lavorativo e la scadenza originaria della copertura.

Rischio assicurato

Il rischio assicurato è la cessazione non volontaria della propria attività lavorativa per licenziamento dovuto a "giustificato motivo oggettivo" e la contemporanea iscrizione alle liste di mobilità regionali, ovvero il possesso di status di disoccupato negli elenchi anagrafici o la percezione di reddito da cassa integrazione guadagni straordinaria.

Carenza e franchigia

La copertura assicurativa per il caso di perdita d'impiego come sopra definito è sottoposta ad un **periodo di carenza di 90 giorni** e la relativa prestazione è operativa dopo una **franchigia assoluta di 30 giorni**.

L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento).

Prestazione assicurata

Durante il periodo di disoccupazione successivo al periodo di franchigia sopra indicato, la Società procederà, nei limiti e sulla base delle presenti Condizioni di Assicurazione, ferme restando le esclusioni previste al successivo art. 11, alla liquidazione, con cadenza trimestrale, dell'indennizzo calcolato sulla base dell'importo della rata mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il valore della rata mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno in dodicesimi) e considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di disoccupazione, **fino ad un massimo di 12 rate mensili per ogni sinistro**.

In ogni caso, l'Assicurato potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo come sopra definito sia effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del sinistro, suddiviso in gruppi di 30 giorni ciascuno.

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'indennizzo non sarà più dovuto.

Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che l'Assicurato al momento del sinistro sia nuovamente un **Lavoratore Dipendente Privato**, che abbia superato il periodo di prova e che risulti assunto da almeno 90 giorni.

In ogni caso la somma massima che la Società corrisponderà per ogni Assicurato, nel caso di diversi licenziamenti, è pari all'ammontare di 36 rate mensili per tutto il periodo di durata della copertura.

Qualsiasi indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di 2.000 Euro mensili per ciascun Assicurato, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i contratti di

finanziamento assicurati con la Società che siano pendenti, tra l'Assicurato e la Banca, alla data del sinistro.

L'indennizzo per la Perdita del posto di lavoro non può cumularsi con altri eventuali indennizzi ricevuti a seguito di Ricovero ospedaliero o relativamente allo stesso periodo temporale.

Denunce successive

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per perdita del posto di lavoro, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per perdita del posto di lavoro se, dal termine del sinistro precedente, **non è trascorso un Periodo di Riqualificazione (90 giorni consecutivi)** nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere un Lavoratore Dipendente Privato, che abbia superato il periodo di prova e che risulti assunto da almeno 90 giorni.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società che presta la specifica Copertura nei confronti di ciascun Assicurato cessano qualora si sia esaurito il massimale globale di 36 Indennizzi mensili.

10.E COPERTURA PER RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

Persone Assicurate

L'Assicurato che, **al momento del sinistro, abbia attiva la copertura, indipendentemente dallo status lavorativo dell'Assicurato al momento del sinistro.**

Rischio assicurato

Il Ricovero in Istituto di Cura dovuto a grande intervento chirurgico, reso necessario da infortunio o malattia, a condizione che rientri nell' Elenco dei Grandi Interventi chirurgici riportato a pag. 19/22 o ad essi equiparabile per complessità o per tecniche operatorie adottate.

Carenza e franchigia

La copertura assicurativa per il caso di Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico è sottoposta ad un **periodo di carenza di 90 giorni per la sola malattia** e la relativa prestazione è operativa una senza alcun periodo di **franchigia**.

Prestazione Assicurata

In caso di Ricovero ospedaliero per un grande intervento chirurgico, reso necessario da infortunio o malattia, a condizione che rientri nell' Elenco dei Grandi Interventi chirurgici riportato a pag. 19/22 o ad essi equiparabile per complessità o per tecniche operatorie adottate, la Società procederà, nei limiti e sulla base delle presenti Condizioni di Assicurazione, ferme restando le esclusioni previste al successivo art. 11, alla liquidazione, con cadenza trimestrale, dell'indennizzo calcolato sulla base dell'importo della rata mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il valore della rata mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno in dodicesimi) e considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di ricovero, **fino ad un massimo di 12 rate mensili per ogni sinistro.**

In ogni caso, l'Assicurato potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo come sopra definito sia effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del sinistro, suddiviso in gruppi di 30 giorni ciascuno.

In ogni caso, la Società non corrisponderà più di 36 rate mensili per tutto il periodo di durata della copertura.

Qualsiasi indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di 2.000 Euro mensili per ciascun Assicurato, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i contratti di finanziamento assicurati con la Società che siano pendenti, tra l'Assicurato e la Banca, alla data del sinistro.

Denunce successive

Non sono previsti periodi di riqualificazione tra la liquidazione definitiva di un sinistro ed eventuali successivi sinistri.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società nei confronti di ciascun Assicurato cessano qualora si sia esaurito il massimale globale di 36 Indennizzi mensili.

11. ESCLUSIONI

Le coperture relative ai rischi Decesso, Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero per grande intervento chirurgico e Inabilità Temporanea Totale al lavoro non sono operanti nei seguenti casi:

- 1) invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- 2) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 3) incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- 4) eventi derivanti da guerra, insurrezione, stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri (salvo che per i sinistri derivanti da tali eventi, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio del predetto stato, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano, e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace e sia impossibilitato ad abbandonare il Paese ove gli eventi sono in atto);
- 5) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 6) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- 7) dolo del Contraente/Assicurato o del Beneficiario;
- 8) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 9) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 10) i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- 11) i sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.

Relativamente al solo rischio Decesso la copertura non è inoltre operante nel seguente caso:

- 12) suicidio nel corso dei primi due anni di validità della adesione.

Relativamente ai soli rischi Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero per grande intervento chirurgico ed Inabilità Temporanea Totale, la copertura non è inoltre operante nei seguenti casi:

- 13) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- 14) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 15) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- 16) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- 17) conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici , sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee oltre i 20 metri, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- 18) tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- 19) conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione ;
- 20) trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 21) gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi;

La copertura Perdita d'Impiego non è operante nei seguenti casi:

- 22) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo consecutivo con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 23) il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- 24) il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- 25) risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- 26) il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- 27) la messa in mobilità del lavoratore dipendente che nell'arco del periodo di mobilità stessa maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- 28) il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- 29) se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti di lavoro interinale e tutte le categorie di lavoro atipico;
- 30) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia;

- 31) **i contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;**
- 32) **all'atto della sottoscrizione del contratto l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;**
- 33) **l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);**
- 34) **l'Assicurato non si è iscritto nella lista del Centro per l'impiego salvo che sia in CIGS;**
- 35) **l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.**

12. BENEFICIARI E VINCOLO

Beneficiari della prestazione assicurata in caso di morte dell'Assicurato sono gli eredi legittimi e testamentari dell'Assicurato medesimo, ovvero i diversi soggetti designati dall'Assicurato stesso all'atto della sottoscrizione dell'adesione.

L'Assicurato designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che l'Assicurato e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il decesso dell'Assicurato;
- dopo che verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

La designazione del beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto dall'Assicurato alla Società o contenute in un testamento valido.

Beneficiario delle prestazioni assicurate di cui ai precedenti punti 10.B, 10.C, 10.D e 10.E è l'Assicurato.

Ai sensi dell'art. 48, comma 1bis, del Regolamento IVASS (ex Isvap) n. 5 del 16 ottobre 2006, la Banca che colloca la presente copertura assicurativa non può essere designata in qualità di beneficiaria o vincolataria delle prestazioni assicurate.

13. DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dagli aventi diritto alla Società. È possibile avvalersi del modulo di denuncia di sinistro disponibile presso l'Intermediario.

La denuncia del sinistro dovrà essere corredata della documentazione di seguito specificata e richiamata all'interno del modulo di denuncia di sinistro.

In caso di decesso:

- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo fornito dalla Società sulle cause del decesso dell'Assicurato;
- certificato di morte;
- copia conforme all'originale della cartella clinica se il decesso è avvenuto in istituto di cura, pubblico o privato;
- copia conforme all'originale della prima cartella clinica in cui è stata diagnosticata la malattia che ha causato il decesso;
- copia del testamento, se esistente;
- atto di notorietà che attesti la non esistenza del testamento e identifichi gli eredi legittimi;

- decreto del Giudice Tutelare che indichi la persona designata a riscuote la prestazione assicurata qualora il beneficiario sia minorenne o incapace.

inoltre, in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.):

- copia del verbale delle Forze dell'ordine o certificato della Procura od altro documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- copia dell'eventuale referto autoptico.

In caso di invalidità totale permanente:

- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente.

In caso di perdita del posto di lavoro:

- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- dichiarazione del centro per l'impiego attestante lo stato di disoccupazione;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento.

In caso di inabilità temporanea e totale al lavoro

- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione.

In caso di ricovero ospedaliero per Grande intervento chirurgico

- copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero.

La Società, informata del sinistro, potrà richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione.

L'Assicurato e/o suoi aventi causa devono consentire alla Società di effettuare gli accertamenti del caso e sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e il datore di lavoro a fornire le informazioni necessarie.

La comunicazione deve essere inviata a: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma.

14. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

La Società, dopo la denuncia di un sinistro in caso di decesso, qualora questo sia indennizzabile, provvederà a corrispondere le somme dovute, entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, purché a tale data sia stata ricevuta tutta la documentazione richiesta, comprensiva delle informazioni necessarie per l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni).

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Relativamente alla liquidazione degli importi assicurati con le coperture di cui agli artt. 10.C, 10.D e 10.E, la Società procederà alla liquidazione degli stessi con cadenza trimestrale.

In ogni caso, l'Assicurato potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo di cui agli artt. 10.C, 10.D e 10.E, sia effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di giorni intercorrente tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del sinistro, suddiviso in gruppi di 30 giorni ciascuno.

15. CONTROVERSIE

Per le controversie relative ai contratti di assicurazione è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato.

Qualora tra l'Assicurato e la Società che presta la specifica copertura insorgano eventuali controversie sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, su accordo delle Parti, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto con indicazione dei termini della controversia.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

16. RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile.

17. PRESCRIZIONE

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, per quanto attiene alle prestazioni derivanti dalla copertura assicurativa in caso di decesso, in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda per quanto attiene le prestazioni derivanti dalle altre coperture previste dal presente contratto.

Gli importi dovuti e non reclamati alla Società entro i suddetti termini vengono comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze e devoluti al Fondo di Solidarietà per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso lo stesso Ministero, ai sensi della Legge n. 266 del 23 Dicembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

18. IMPOSTE E TASSE

Le imposte e le tasse relative alla presente adesione sono a carico dell'Assicurato.

19. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge in materia.

20. DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

In caso di disdetta della Convenzione sottoscritta dalla Società e dalla Banca Popolare di Bari S.c.p.A., resta salvo per ogni Assicurato il diritto alle prestazioni già acquisite, che verranno regolarmente corrisposte nei tempi e con le modalità previste dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

21. COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

La presente copertura assicurativa può essere attivata anche per le persone fisiche cointestatari di uno stesso rapporto di finanziamento.

Le coperture assicurative attivate in favore dei singoli cointestatari debbono soddisfare i limiti assuntivi descritti al precedente art. 4 ed i limiti inerenti il capitale assicurabile, di cui ai precedenti artt. 9 e 10.

Le coperture assicurative attivate in favore dei singoli cointestatari sono indipendenti tra loro; in particolare, la cessazione della copertura assicurativa per uno di essi non pregiudica la continuazione delle assicurazioni a favore degli altri.

22. OBBLIGHI DI RESTITUZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO

Qualora la Società, con riferimento alla sottoscrizione dell'adesione o a qualsiasi successiva operazione ad essa connessa, non riceva la documentazione richiesta al fine di ottemperare agli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui alla normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), si riserva il diritto di non dar corso alla sottoscrizione dell'adesione o alla diversa operazione richiesta, con conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere e restituzione all'Assicurato di quanto di sua spettanza, tramite bonifico sul conto corrente bancario dello stesso indicato, senza che ciò costituisca inadempimento contrattuale da parte della Società.

23. CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (*Sanction Limitation and Exclusion Clause*)

L'adesione non sarà in alcun modo operante e la Società non sarà tenuta ad effettuare alcun risarcimento a seguito di qualsiasi sinistro o comunque a considerare la stessa efficace nel caso in cui le condizioni di questa adesione, il pagamento di un sinistro o l'operatività delle coperture possano esporre la Società a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

- By-pass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
- By-pass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cisti del cuore o del pericardio
- Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per
- Pericardiectomia totale
- Reintervento con ripristino di C.E.C.
- Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica

Chirurgia generale

- Amputazione addomino-perineale secondo Miles, trattamento completo
- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
- Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
- Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Emicolectomia destra con linfadenectomia
- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
- Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esofagogastropastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)
- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Gastrectomia parziale con linfadenectomia
- Gastrectomia totale con linfadenectomia (trattamento completo)
- Megacolon, intervento per (compresa colostomia)
- Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
- Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi
- Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Resezioni epatiche maggiori
- Retto, amputazione del, con linfadenectomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Chirurgia toraco-polmonare

- Bilobectomie, intervento di
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili (intervento per)
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino per via sternotomica
- Neoplasie maligne della trachea
- Pleuropneumonectomia e pneumonectomia di completamento (qualsiasi patologia e tecnica)
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezione segmentaria o lobectomia
- Resezioni segmentarie tipiche
- Toracectomia per asportazione di tumore maligno coste e/o sterno con ricostruzione della parete

Chirurgia vascolare

- Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
- Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici
- By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale, carotideo - succlavio
- By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo
- By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica basale
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale
- Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiartici
- Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiartici
- Tromboendarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiartici

Ginecologia - Ostetricia

- Eviscerazione pelvica
- Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via laparotomia o vaginale senza linfadenectomia
- Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
- Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

Neurochirurgia

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, intervento di
- Corpo estraneo intracranico, asportazione di
- Craniotomia per ematoma extradurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
- Epilessia focale, intervento per
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica

- Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente
- Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Plesso brachiale, intervento sul, con tecnica microchirurgica
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

Ortopedia

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, totale
- Artroprotesi: anca totale
- Artroprotesi: ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Disarticolazioni, grandi
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- Scoliosi, intervento per
- Spalla, resezioni complete secondo Tickhor-Limberg
- Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
- Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)

Otorinolaringoiatria

- Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea
- Laringectomia parziale o totale con o senza svuotamento laterocervicale

- Laringofaringectomia totale
- Neoplasie parafaringee anche con svuotamento linfonodale monolaterale (maligne)
- Neoplasie parafaringee benigne
- Nervo vestibolare, sezione del
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Petrosectomia
- Stapedectomia
- Stapedotomia
- Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

Chirurgia oro - maxillo - facciale

- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale oradicale

Urologia

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovesica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con reterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
- Eminectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento per
- Neovesica ileale, colica, ileocolica
- Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
- Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)
- Surrenectomia (trattamento completo) trattamento tromboavale
- Ureteroenteroplastica con tasche continenti (bilaterale), intervento di
- Uretero-ileo-anastomosi bilaterale
- Uretero-ileo-anastomosi monolaterale

Trapianti d'organo

Tutti

GLOSSARIO

AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO: si ha aggravamento del rischio quando, successivamente alla stipula dell'adesione, avvengono mutamenti che aumentano la probabilità del verificarsi del rischio.

AMMORTAMENTO: modalità di rimborso di una somma predeterminata erogata a titolo di finanziamento.

ANNO ASSICURATIVO: periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza dell'adesione.

APPENDICE: documento che forma parte integrante dell'adesione e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la società, il contraente e l'assicurato.

ARBITRATO: procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. La possibilità di fare ricorso all'arbitrato, in genere, viene prevista già in occasione della stipulazione dell'adesione, con apposita clausola.

ASSICURATO: persona fisica intestataria del contratto di finanziamento, concesso da Banca Popolare di Bari S.c.p.A., che ha aderito alla polizza sottoscrivendo il modulo di adesione e che ha pagato il premio. Le prestazioni previste dalle coperture assicurative sono determinate in funzione degli eventi attinenti alla sua vita.

BANCA: la Banca Popolare di Bari S.c.p.A. con sede in Corso Cavour 19, 70121 Bari, CF 0254030729, istituto di credito erogante i finanziamenti a fronte dei quali viene sottoscritta la presente copertura assicurativa.

BENEFICIARIO: persona fisica o giuridica designata nell'adesione dall'Assicurato, che può coincidere o no con il contraente e con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dalla copertura assicurativa quando si verifica l'evento assicurato.

CAPITALE IN CASO DI DECESSO: in caso di decesso dell'assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al beneficiario.

CARENZA: periodo immediatamente successivo alla data di effetto dell'adesione durante il quale le coperture non sono efficaci. Se l'evento assicurato avviene in tale periodo la Compagnia Assicuratrice non corrisponde la prestazione assicurata.

CARICAMENTI: parte del premio versato dall'Assicurato destinata a coprire i costi commerciali ed amministrativi della Società.

COMPAGNIA: vedi "società".

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: insieme delle clausole che disciplinano le coperture assicurative.

CONFLITTO DI INTERESSI: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della società può collidere con quello del contraente e/o dell'assicurato.

CONTRAENTE: la Banca Popolare di Bari S.c.p.A.

CONTRATTO DI FINANZIAMENTO: il contratto stipulato tra la Banca e l'assicurato, al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente documentazione.

COPERTURA ASSICURATIVA: la copertura assicurativa concessa all'Assicurato dalla Società che la fornisce, ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, ed in forza della quale la Società stessa è obbligata al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi di un sinistro.

COPERTURA ASSICURATIVA DI PURO RISCHIO: categoria di coperture assicurative

finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

COPERTURA ASSICURATIVA IN CASO DI DECESSO: copertura assicurativa con la quale la società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro un termine prestabilito (scadenza del contratto), o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'assicurato.

COSTI O SPESE: oneri a carico dell'assicurato gravanti sul premio versato.

DECESSO: morte dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

DECORRENZA DELLA COPERTURA: momento in cui le coperture divengono efficaci ed in cui l'adesione ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

DENUNCIA DI SINISTRO: avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore o all'intermediario a seguito di un sinistro.

DETRAIBILITÀ FISCALE (DEL PREMIO VERSATO): misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e coperture assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI: informazioni fornite dall'assicurato prima del perfezionamento dell'adesione e la conseguente attivazione delle coperture assicurative, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se l'assicurato fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento dell'adesione o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento dell'assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

DIMINUZIONE DEL RISCHIO: si ha diminuzione del rischio quando, successivamente alla stipula dell'adesione, avvengono mutamenti che riducono la probabilità del verificarsi dell'evento dannoso.

DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO: diritto del beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del contraente.

DISOCCUPATO: la posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un lavoratore dipendente privato che è iscritto nelle liste del Centro per l'impiego o percepisce reddito da mobilità o da cassa integrazione guadagni straordinaria. Durante la disoccupazione il lavoratore non potrà svolgere nessuna attività lavorativa.

DURATA CONTRATTUALE: periodo durante il quale le coperture assicurative sono efficaci.

DURATA DI AMMORTAMENTO/periodo di: durata complessiva del finanziamento ridotta dell'eventuale periodo di preammortamento.

DURATA DI PREAMMORTAMENTO/periodo di: vedi Preammortamento.

ESCLUSIONI: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura prestata dalla Società, elencati in appositi articoli o clausole del contratto di assicurazione.

ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO: rimborso del capitale residuo di un finanziamento in un'unica soluzione e in anticipo rispetto al piano di rientro previsto.

ETÀ ASSICURATIVA: modalità di calcolo dell'età dell'assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

FASCICOLO INFORMATIVO: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Assicurato, composto da: Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Proposta di Assicurazione.

FRANCHIGIA: periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini di contratto, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna indennità.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO: l'intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici riportato a pag. 19/22 delle Condizioni di assicurazione o altri interventi, che per complessità o per tecniche operatorie adottate siano ad essi equiparabili.

IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ: principio secondo cui le somme dovute dalla Società in base alla copertura prevista dalla presente adesione non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

IMPRESA DI ASSICURAZIONE: vedi "società".

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE: la perdita temporanea e in misura totale, a seguito di infortunio o malattia non esclusi dalla copertura, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

INDENNIZZO: la somma dovuta dalla Società in base alla copertura prevista dalla presente adesione a seguito del verificarsi di un Sinistro.

INFORTUNIO: evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto, di ictus e delle rotture sottocutanee dei tendini; ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

INTERMEDIARIO: soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO: la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. L'indennizzo per invalidità totale permanente da infortunio è valutato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione.

ISVAP: vedi IVASS.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. L'istituzione dell'IVASS, ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, mira ad assicurare la piena integrazione dell'attività di vigilanza assicurativa attraverso un più stretto collegamento con quella bancaria.

LAVORATORE AUTONOMO: la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), comporti la denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli artt. 32 (reddito agrario), 50, c. 1, lettera c-bis (redditi assimilati a quelli di

lavoro dipendente), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche e/o di partecipazione in società di persone e che, inoltre:

- non percepisca redditi di pensione;
- non rientri nella definizione di Lavoratore Dipendente che segue.

A titolo esemplificativo sono considerati lavoratori autonomi anche:

- i "Lavoratori a progetto";
- i "Collaboratori coordinati e continuativi";
- le persone fisiche che hanno un contratto di lavoro che non rientra tra le tipologie elencate nella definizione di lavoratore dipendente quali, ad esempio, i lavoratori stagionali.

LAVORATORE DIPENDENTE: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente:

- a) a tempo indeterminato;
- b) a tempo determinato, purché non stagionale;
- d) di apprendistato;
- e) di somministrazione lavoro.

LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO: la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente presso la Pubblica Amministrazione. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L.70/1975.

LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO: la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente e non rientri nella definizione di Lavoratore Dipendente Pubblico.

LIQUIDAZIONE: pagamento al beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

MALATTIA: ogni obiettivamente alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MARGINE DI SOLVIBILITÀ: requisito patrimoniale che permette di garantire che le imprese siano finanziariamente solide e quindi in grado di onorare i propri impegni in caso sopravvengano rischi imprevedibili, rappresentando una garanzia della stabilità finanziaria delle stesse. Il margine di solvibilità disponibile corrisponde, in linea di massima, al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. Il margine di solvibilità richiesto corrisponde al requisito patrimoniale minimo che l'impresa deve soddisfare, nel rispetto della normativa comunitaria vigente.

MASSIMALE: la somma pattuita nel modulo di adesione fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la copertura assicurativa.

MODULO DI ADESIONE: il modulo, parte integrante del contratto, sottoscrivendo il quale ciascuna persona fisica che sottoscrive un contratto di finanziamento con la Contraente dichiara di voler aderire alle coperture assicurative offerte e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle

coperture assicurative.

FINANZIAMENTO DI NUOVA EROGAZIONE: finanziamento con data di erogazione non antecedente di oltre tre mesi rispetto alla data di decorrenza dell'adesione.

NON LAVORATORE: colui che non è né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico, né Lavoratore Autonomo (ad esempio: benestanti, pensionati, casalinghe, studenti).

NORMALE ATTIVITÀ LAVORATIVA: l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro.

NOTA INFORMATIVA: documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia di Assicurazione deve consegnare all'Assicurato prima della sottoscrizione del modulo di adesione e che contiene informazioni relative alla Compagnia di Assicurazione, all'adesione stessa ed alle caratteristiche assicurative della copertura.

PERFEZIONAMENTO DELL'ADESIONE: momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

PERIODO DI COPERTURA O DI EFFICACIA: periodo durante il quale l'adesione è efficace e le coperture operanti.

PREAMMORTAMENTO/ periodo di: periodo successivo alla data di erogazione del finanziamento nel quale le rate di rimborso pagate sono costituite dalla sola quota interessi.

PREMIO DI TARIFFA: somma del premio puro e dei caricamenti.

PREMIO PURO: importo che rappresenta il corrispettivo base per la copertura assicurativa prestata dalla società con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

PREMIO UNICO: importo che l'Assicurato, per il tramite della Banca, corrisponde in soluzione unica alla Compagnia di Assicurazione al momento del perfezionamento dell'adesione.

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

PRESTAZIONE ASSICURATA: vedi indennizzo.

PROPOSTA DI ADESIONE: documento o modulo sottoscritto dall'assicurato, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere l'adesione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

RECESSO: diritto di recedere dall'Assicurazione e di farne cessare gli effetti.

REVOCA: diritto del proponente di revocare la proposta di adesione prima della conclusione del contratto.

RICORRENZA ANNUALE: l'anniversario della data di decorrenza dell'adesione.

RICOVERO OSPEDALIERO: lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in istituto di cura, dovuta ad infortunio o malattia, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in day hospital.

RIPRESA DI OCCUPAZIONE: periodo di tempo successivo alla liquidazione totale e definitiva di un sinistro per Disoccupazione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare alla sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo sinistro per Disoccupazione.

RISCATTO: facoltà del contraente di interrompere anticipatamente l'adesione, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni di assicurazione.

RISCHIO DEMOGRAFICO: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'assicurato che si ricollega l'impegno della società di erogare la prestazione assicurata.

RISERVE TECNICHE: accantonamenti effettuati dalle compagnie di assicurazione a fronte dei debiti e degli impegni verso gli assicurati.

RIVALSA: diritto che spetta all'Assicuratore di richiedere al responsabile del danno il pagamento della somma versata all'Assicurato a titolo di risarcimento. Tale diritto è contrattualmente rinunciabile da parte dell'Assicuratore.

SINISTRO: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto dell'adesione e per il quale viene prestata la copertura ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'assicurato.

SOCIETÀ: Groupama Assicurazioni S.p.A. che fornisce la specifica copertura.

STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE: ai fini del presente contratto, lo Status lavorativo/occupazionale è individuato tra i seguenti:

- **Lavoratore Dipendente Pubblico**
- **Lavoratore Autonomo** (o assimilati, ai sensi della definizione di lavoratore autonomo)
- **Lavoratore Dipendente Privato** che svolge la propria attività lavorativa in modo consecutivo con obbligo di prestazione di lavoro **non inferiore a 20 ore settimanali**, che **non lavori in un'impresa familiare**, e che abbia il **contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana**
- **Lavoratore Dipendente Privato** che svolge la propria attività lavorativa in modo consecutivo con obbligo di prestazione di lavoro **inferiore a 20 ore settimanali**, oppure che **lavori in un'impresa familiare**, oppure che abbia il **contratto di lavoro non regolato dalla Legge italiana**
- **Non lavoratore**

VINCOLO: condizione secondo cui il contraente ha la facoltà di vincolare le somme assicurate. In caso di vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle coperture prestate richiede l'assenso scritto del vincolatario.

Dati aggiornati al 1° Luglio 2016

Glossario del Fascicolo Informativo Mod. 220316 Ed. 07-2016

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1

Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



(Questa pagina è lasciata intenzionalmente in bianco)

Collocatore: ____/____/____ Filiale: ____/____/____

ASSICURANDO

COGNOME E NOME: _____ Sesso: _____ CF: _____
 DOMICILIO: _____
 Nato a: _____ il: _____
 St. civile: _____ Doc.: / _____ Ril. da: _____ il: _____
 TAE: _____
 Professione: / _____
 Status lavorativo dichiarato: _____

BENEFICIARI

Copertura in caso di Decesso dell'Assicurato: _____
 Copertura in caso di Invalidità totale permanente da infortunio: l'Assicurato _____
 Copertura in caso di Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia: l'Assicurato _____
 Copertura in caso di Perdita di Impiego: l'Assicurato _____
 Copertura in caso di Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico: l'Assicurato _____

Ai sensi dell'art. 48, comma 1bis, del Regolamento IVASS (ex Isvap) n. 5 del 16 ottobre 2006, la Banca che colloca la presente copertura assicurativa non può essere designata in qualità di beneficiaria o vincolataria delle prestazioni assicurate.

DATI DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Numero di rapporto: _____ Tipologia finanziamento: Mutuo/Prestito _____
 Importo del finanziamento: _____ Euro _____
 Tasso di interesse annuo applicato al calcolo del piano di ammortamento: _____ %
 Periodicità del piano di ammortamento: mensile bimestrale trimestrale quadrimestrale semestrale annuale
 Data di erogazione: _____ Data di scadenza: _____ Durata (in mesi): _____
 Preammortamento: Si No Data termine periodo di preammortamento: _____
 Finanziamento cointestato: Si No

DATI DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Prodotto: PiùProtetti Formula Persona - Copertura assicurativa abbinabile facoltativamente ai finanziamenti

- Coperture assicurative attive
- Decesso
 - Invalidità totale permanente da infortunio
 - Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia
 - Perdita di Impiego
 - Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico

Decorrenza del contratto: _____ Data di scadenza: _____ Durata (in mesi): _____
 Quota percentuale dell'importo del finanziamento che viene assicurato: _____ %

Capitale iniziale da assicurare: _____ Euro _____
 Rateazione del premio: Unico _____
 Finanziamento del premio di polizza: Si No
 Premio unico lordo: Euro _____ di cui:

- Premio unico netto della copertura per:	Decesso	Euro
- Premio unico netto della copertura per:	Invalidità totale permanente da infortunio	Euro
- Premio unico netto della copertura per:	Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia	Euro
- Premio unico netto della copertura per:	Perdita di Impiego	Euro
- Premio unico netto della copertura per:	Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico	Euro
- Imposte		Euro

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO: QUESTIONARIO ANAMNESTICO SEMPLIFICATO

1) Soffre o ha sofferto di malattie, escluse influenza, morbillo, rosolia, parotite, rinite cronica, bronchite cronica, gastroduodenite cronica, colite spastica, dermatite, sordità di grado medio, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma, esiti di fratture post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti ?

NO SI

In caso affermativo precisare - quali ?
- quando ?

2) E' mai stato ricoverato negli ultimi 5 anni, o prevede un prossimo ricovero, in ospedali, case di cura, altre strutture sanitarie per interventi chirurgici o approfondimenti diagnostici (ad esclusione di ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adeno-tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, ernia inguinale, safenectomia, varicectomia, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, colecistectomia non dovuta a neoplasia, splenectomia post- traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica) ?

NO SI

In caso affermativo precisare:
- quali, quando, per quale motivo, con quale esito:

3) Dovrà sottoporsi a trattamenti farmacologici e/o ad accertamenti clinici e strumentali nei prossimi sei mesi (fatta eccezione, per i soli accertamenti sanitari, ai semplici controlli di routine) ?

NO SI

4) È titolare di pensione di Invalidità Civile o di altra forma di tutela previdenziale o ha presentato domanda per ottenerla ?

NO SI

5) Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche ?

NO SI

6) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti o allucinogene ?

NO SI

7) È esente da difetti fisici e/o costituzionali o da disturbi psichici che impediscano il normale svolgimento delle attività quotidiane ?

NO SI

8) È sottoposto a terapie continuative (per un periodo di almeno 30 giorni) ?

NO SI

In caso affermativo precisare - quali ?

9) È mai risultato positivo ad un test HIV ?

NO SI

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO: QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO

1) Ha in corso polizze con copertura caso morte presso altre Compagnie di Assicurazione? NO SI

Quale Compagnia Capitali Assicurati

.....
.....
.....

Si invita l'Assicurato a fornire le risposte alle domande di seguito riportate, al fine di consentire alla Società di valutare l'eventuale svolgimento di attività professionali o sportive che comportino l'esposizione a rischi particolari.

ATTIVITÀ PROFESSIONALI

2) Nella sua attività professionale, opera in cantieri o scavi, oppure su impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee o circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di sicurezza pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi? NO SI

3) Nella sua attività professionale utilizza, trasporta o viene a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive, oppure opera nell'ambito di reattori nucleari, su piattaforme petrolifere, in cisterne, pozzi, cave miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche? NO SI

- quali?

4) Pratica a livello professionale attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri? (rispondere anche se si tratta di attività sportive rientranti nelle categorie indicate) NO SI

- quali?

5) Pratica attività professionali pericolose non rientranti tra quelle descritte ai punti precedenti? NO SI

- quali?

6) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, atti di terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse (escluse le nazioni appartenenti all'Unione Europea, Australia, Canada, Stati Uniti, Giappone, Nuova Zelanda) NO SI

- dove?

- per quali motivi?

- qual è il periodo di permanenza medio?

ATTIVITÀ SPORTIVE

7) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate? NO SI

Alpinismo fino al 4° grado con guida alpina, attività subacquee fino a 20 metri, vela di altura, equitazione agonistica senza salto di ostacoli.

8) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate?

Speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino, alpinismo senza guida alpina od oltre il 4° grado con guida alpina, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli. NO SI

- quali?

9) Si dedica ad attività sportive aeree o aeronautiche in genere (paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio, etc.)? NO SI

- quali?

10) Pratica attività sportive pericolose non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti? NO SI

- quali?

QUESTIONARIO SANITARIO

11) Indicare i valori della statura e del peso: cm..... Kg.....

12) Soffre o ha sofferto di malattie? NO SI

In caso affermativo precisare:

- quali?

- quando?

(non indicare le seguenti malattie: influenza, morbillo, rosolia, parotite, rinite cronica, bronchite cronica, gastroduodenite cronica, colite spastica, dermatite, sordità di grado medio, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma, esiti di fratture post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti)

13) Negli ultimi 5 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altro) che abbiano presentato segni di alterazione? NO SI

In caso affermativo precisare:

- quali?

- quando?

14) E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, altre strutture sanitarie, per interventi chirurgici o approfondimenti diagnostici o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapia a base di emoderivati? NO SI

In caso affermativo precisare quali, quando, per quale motivo, con quale esito:

.....

(non indicare i ricoveri avvenuti per: appendicectomia, tonsillectomia, adeno-tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, ernia inguinale, safenectomia, varicectomia, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, colecistectomia non dovuta a neoplasia, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica)

15a) Assume o ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa? NO SI

15b) In caso affermativo indicare se i valori della pressione si sono normalizzati: NO SI

Indicare il farmaco ed il periodo di assunzione:

.....

16a) Assume o ha mai assunto per un periodo di almeno 3 mesi farmaci per altre malattie oppure è sottoposto a terapie continuative? NO SI

In caso affermativo precisare:

- quali?

- quando?

17a) Fuma o ha mai fumato (sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro)? NO SI

17b) In caso affermativo precisare: in media fuma più di 20 sigarette al giorno? NO SI

18) Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche? NO SI

19) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti o allucinogene? NO SI

20) E' stato riconosciuto invalido Civile, Inps, Inail o per Causa di servizio? NO SI

In caso affermativo precisare il motivo, con quale percentuale:

.....

Revocabilità della proposta / diritto di recesso dall'adesione: nella fase che precede la conclusione dell'adesione, l'Assicurato ha la facoltà di revocare la proposta di adesione, successivamente ed entro 60 giorni dalla conclusione della stessa, l'Assicurato potrà recedere. Il diritto di revoca e di recesso, previsto e regolato dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo, deve essere esercitato per iscritto, mediante lettera raccomandata da inviare a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dall'adesione a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivamente versato al netto delle imposte.

Le forme di assicurazione che prevedono la corresponsione di un capitale in caso di decesso, invalidità permanente o malattia grave dell'Assicurato, richiedono il preventivo accertamento delle sue condizioni di salute mediante visita medica. Entro determinati importi di capitale ed entro determinate età, è possibile limitarsi alla compilazione di un questionario sanitario; a tal proposito, si richiama l'attenzione dell'Assicurato su quanto segue:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art. 1892 e 1893 c.c.);**
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario o nelle dichiarazioni sottoscritte;**
- anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico.**

Il sottoscritto Assicurato, presa cognizione delle Condizioni di Assicurazione:

- dichiara che la proposta stessa deve servire di base al contratto da stipularsi e deve **FORMARNE PARTE INTEGRANTE**;
- dichiara che non ha taciuto, ommesso od alterato alcuna circostanza in rapporto ai questionari che precedono e che tutte le dichiarazioni e risposte rese nella presente proposta sono assolutamente veritiere per servire di base al contratto proposto; ne assume la responsabilità anche se per eventuali impedimenti, siano state scritte da altro secondo le sue indicazioni;
- si obbliga a produrre alla Società ed a lasciare in proprietà della stessa la documentazione sanitaria che gli è stata richiesta. Per la predisposizione di tale documentazione l'Assicurato dovrà rivolgersi ai medici di gradimento della Società utilizzando i supporti predisposti e sarà tenuto a regolare direttamente le spese conseguenti.
- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le altre persone, Enti, case di cura ecc, ai quali la Società credesse in ogni tempo, anche dopo la sua morte, di rivolgersi per informazioni.

L'Assicurato, **preso atto**

- che Banca popolare di Bari S.c.p.A. ha sottoscritto, in nome e per conto dei propri Clienti, la Polizza collettiva n° _____ che presta le coperture assicurative per:
 - Decesso da infortunio o malattia;
 - Invalidità totale e permanente da infortunio, Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, Perdita del posto di lavoro, Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico (coperture operanti se richiamate nella Proposta di adesione)
- che le suddette coperture, abbinate al finanziamento indicato sul frontespizio e richiesto a Banca popolare di Bari S.c.p.A. sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime coperture, siano erogate le prestazioni previste in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che le coperture assicurative hanno validità per l'importo di capitale assicurato indicato sul frontespizio, decrescente secondo il piano di ammortamento riportato nel "Progetto esemplificativo", decorrono e cessano alle date indicate sul frontespizio della proposta di adesione;

con la sottoscrizione della presente proposta di adesione, dichiara ai sensi dell'art. 1919 del C.C. di acconsentire esplicitamente alla conclusione, per suo conto, dell'assicurazione sulla sua vita e di aderire, in qualità di Assicurato, alla Polizza collettiva su indicata, e **autorizza** la Banca popolare di Bari S.c.p.A. a trattenere il **premio unico lordo** totale dal proprio conto corrente, prendendo atto che la trattenuta della somma corrispondente varrà come pagamento del premio a favore di Groupama Assicurazioni, che a tal fine ha conferito a Banca popolare di Bari S.c.p.A. apposito mandato all'incasso.

L'Assicurato, **dichiara altresì**

- di aver preso atto di quanto contenuto nel modulo N.220059 relativo all'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali resa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 e di acconsentire al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che lo riguardano, per le finalità assicurative;
- di essere stato compiutamente informato (ai sensi degli articoli 52 e 53 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n° 5 del 16 ottobre 2006) sugli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche (condizioni generali di assicurazione, oggetto delle coperture,) alla durata, ai costi ed ai limiti di copertura, e che le prestazioni proposte risultano coerenti e proporzionate alle esigenze e alle aspettative espresse;
- di aver ricevuto la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, il Modulo di proposta che compongono il presente Fascicolo Informativo Mod. 220316 Ed. 07-2016 e di aver preso atto di quanto in essi contenuto;**
- agli effetti degli artt. 1341 e 1342 cc, di aver preso atto e di accettare i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: art. 3 - Conclusione dell'adesione, decorrenza e durata delle coperture; art. 4 - Limiti e modalità assuntive; art. 5 - Dichiarazioni dell'Assicurato; art. 8 - Recesso della Società; art. 9 - Pagamento del premio; art. 10 - Prestazioni assicurate; art. 11 - Esclusioni; art. 13 - Denuncia del sinistro; art. 15 - Controversie; art. 17 - Prescrizione; art. 22 - Obblighi di restituzione ai sensi della normativa antiriciclaggio; art. 23 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni.

L'ASSICURATO

Confermo di aver identificato personalmente l'Assicurato firmatario e di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D.Lgs. 231/2007. Attesto che sul presente modulo, firmato dall'Assicurato, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

L'ACQUISITORE _____

Data di sottoscrizione _____

Dati aggiornati al 1° Luglio 2016

Proposta di adesione del Fascicolo Informativo Mod. 220316 Ed. 07-2016