



FASCICOLO INFORMATIVO

Redatto ai sensi del Regolamento ISVAP del 26/05/2010 numero 35

Polizza Collettiva di Assicurazione sulla vita temporanea caso morte numero 17092

ASSICURAZIONE CQS

Il presente Fascicolo Informativo, contenente i seguenti documenti:

- 1) Nota Informativa Vita**
- 2) Glossario**
- 3) Condizioni Generali di Assicurazione**
- 4) Condizioni Particolari di Assicurazione**
- 5) Modulo Rilevazione Dati**

deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

NOTA INFORMATIVA VITA

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

Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Polizza prima della sottoscrizione, rispettivamente, del Contratto di Assicurazione e del Modulo di Rilevazione Dati.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1 Informazioni Generali

Impresa:

Credit Life AG, società appartenente al gruppo RheinLand e soggetta a direzione e coordinamento da parte di Rheinland Versicherungsgruppe.

Sede legale e direzione generale: RheinLandplatz 1, D-41460 Neuss, Germania.

Recapito telefonico: 49 (0) 2131 - 2010 7000.

Sito Internet: <http://www.creditlife.net>.

Indirizzo di posta elettronica: service@creditlife.net.

Credit Life AG è Impresa autorizzata a commercializzare i propri prodotti in Italia in regime di stabilimento, iscritta all'Elenco I dell'Albo delle imprese di assicurazione n° I.00125.

Impresa sottoposta al controllo della seguente Autorità di Vigilanza: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108 in 53117 Bonn.

2 Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Credit Life AG

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari ad euro 43,3 milioni.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari ad euro 7,1 milioni.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari ad euro 24,3 milioni.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è pari a 273,1% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2016.

Successivi aggiornamenti sulla situazione patrimoniale dell'Impresa verranno resi disponibili sul sito Internet <http://www.creditlife.it>.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE COPERTURE OFFERTE

3 Prestazioni assicurative e Coperture offerte

La durata del Contratto di Assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la Data di Decorrenza e la Data di Scadenza, è pari alla durata del Finanziamento e, fatto salvo il caso di rimborso anticipato del Prestito, non potrà essere inferiore a 2 (due) anni e maggiore di 10 (dieci) anni.

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti Prestazioni assicurative:

a) Prestazioni in caso di Decesso

L'Impresa si impegna a corrispondere al Beneficiario, in caso di Decesso dell'Assicurato avvenuto nel corso della Copertura Vita, una somma pari al valore, scontato al TAN previsto per il Finanziamento oggetto della Copertura Vita alla presente Assicurazione, delle quote mensili rimaste insolute aventi scadenza successiva al Decesso dell'Assicurato, escludendo quindi gli interessi percepiti dal Contraente nell'operazione di Finanziamento. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dalla Prestazione.

AVVERTENZA

Sono previste Esclusioni dell'Assicurazione, nonché ipotesi di sospensione della stessa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della Prestazione.

Per maggior dettaglio si rinvia agli articoli 2 – “Oggetto dell'Assicurazione”, 8 – “Esclusioni” delle Condizioni Generali e agli articoli 2 “Prestazione Assicurativa”, 3 “Esclusioni e Limiti Assuntivi” 4 “Limiti e Massimali” e 5 “Denuncia del Decesso e oneri relativi” delle Condizioni Particolari.

Non sono applicate franchigie.

AVVERTENZA

L'Assicurato ha un'età compresa tra 18 (diciotto) anni e 65 (sessantacinque) anni. Se Dipendente Pubblico, al termine del Prestito non dovrà avere un'età superiore a 72 (settantadue) anni, se Dipendente Privato o Dipendente Parapubblico, alla scadenza del Prestito non dovrà avere un'età pensionabile superiore a quella prevista dalle leggi in vigore alla data di decorrenza teorica indicata nella richiesta di emissione del Certificato di Polizza.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere le raccomandazioni ed avvertenze contenute nel Modulo di Rilevazione Dati allegato al presente Fascicolo Informativo relative alla compilazione del Questionario Medico Semplificato o del Questionario Anamnestico Completo. E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato per la definizione del rischio siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni dell'Impresa che potrebbero anche pregiudicare il diritto del Beneficiario di ottenere il pagamento della Prestazione.

Circa gli effetti di dichiarazioni inesatte o reticenti si rimanda all'art. 8 delle Condizioni Generali.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le AVVERTENZE relative alle informazioni rese sul suo stato di salute nel Questionario Medico Semplificato e nel Questionario Anamnestico Completo.

4 Premi

Il Premio è indipendente dal sesso dell'Assicurato ed è determinato in base all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alla durata del Finanziamento, all'ammontare dello stesso. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla Data di Scadenza del Contratto, il Premio rimarrà acquisito dall'Impresa quale corrispettivo del rischio corso.

Si rinvia per la disciplina specifica all'articolo 6 – “Premio Assicurativo” delle Condizioni Generali.

Il Premio è posto a carico del Contraente e viene versato in via anticipata all'Assicuratore ed in un'unica soluzione.

Nessun onere è posto a carico dell'Assicurato.

Non è prevista la possibilità di frazionare il Premio. Il Premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento.

Nessuna commissione è dovuta al Contraente.

I costi a carico del Contraente gravanti sul Premio sono di seguito rappresentati:

Composizione del Premio assicurativo:

Premio puro: 83% (ottantatré percento) del premio lordo (tasse escluse).

Provvigioni di intermediazione: 5% (cinque percento) del premio lordo (tasse escluse).

Spese di amministrazione: 12% (dodici percento) del premio lordo (tasse escluse).

Esempio

Premio unico anticipato: € 100,00 (cento).

Premio puro: € 83,00 (ottantatré).

Provvigioni di intermediazione: € 5,00 (cinque).

Spese di amministrazione: €12,00 (dodici).

AVVERTENZA

Non è previsto alcuno sconto del Premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5 Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

I costi dell'Assicurazione, così come indicato nell'articolo 4, della presente Nota Informativa, sono interamente gravanti sul Contraente.

Nessun onere è posto a carico dell'Assicurato.

L'Impresa detrae le spese di amministrazione dall'importo del Premio.

6 Sconti

L'Impresa non applica sconti di Premio.

7 Regime Fiscale

Il Premio relativo alla Copertura Vita è attualmente esente da imposta.

La Prestazione erogata in caso di Decesso è esente dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF).

In caso di Decesso è comunque opportuno verificare eventuali modifiche ove successivamente intervenute nella normativa fiscale.

D. ALTRE INFORMAZIONI SULL'ASSICURAZIONE

8 Modalità di perfezionamento dell'Assicurazione

La Copertura Vita è consentita soltanto alle persone fisiche intestatarie di un Finanziamento erogato dal Contraente. Per la disciplina specifica si rinvia all'articolo 3 – “Rischi assicurabili e formalità di ammissione al Contratto di Assicurazione” delle Condizioni Generali.

9 Revoca della Proposta

Il Contraente può revocare la richiesta di Applicazione per un Assicurato, che abbia dato il proprio consenso alla stipulazione dell'Assicurazione sulla propria vita, prima che questa venga accettata dall'Impresa.

La revoca deve essere esercitata mediante lettera raccomandata contenente i dati identificativi dell'Assicurato e del Prestito inviata all'Intermediario al seguente indirizzo:

CBP Italia
Viale Lancetti 43
I-20158 Milano

Entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di revoca, l'Impresa restituirà al Contraente l'intero Premio (eventualmente) già corrisposto.

10 Diritto di recesso

Il Contraente può recedere da una singola Applicazione all'Assicurazione **entro 30 (trenta) giorni dalla Data di Decorrenza della stessa** per mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Intermediario Assicurativo: CBP Italia - Viale Lancetti 43 I-20158 Milano. Le richieste di recesso inviate correttamente all'Intermediario Assicurativo sono considerate come inviate all'Assicuratore.

L'Impresa provvede a restituire al Contraente, per il tramite dell'Intermediario Assicurativo, il Premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di Premio relativa al periodo per il quale l'Assicurazione ha avuto effetto, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Per maggior dettaglio si rinvia all'articolo 9 – “Diritto di Recesso” delle Condizioni Generali.

Il contratto non prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso da parte dell'Impresa. Per maggior dettaglio si rinvia all'articolo 9 – "Diritto di Recesso" delle Condizioni Generali.

11 Documenti da consegnare all'Impresa per la liquidazione della Prestazione e termini di prescrizione

L'Assicurazione prevede le modalità per la denuncia del Decesso. Per la disciplina specifica alla documentazione da consegnare all'Impresa si rinvia all'articolo 7 – "Denuncia di Decesso e modalità di liquidazione" delle Condizioni Generali e all'articolo 5 "Denuncia del Decesso e oneri relativi" delle Condizioni Particolari.

L'Impresa, per il tramite dell'Intermediario, provvederà alla liquidazione delle somme dovute, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione del modulo di quietanza antiriciclaggio e non prima di avere ricevuto tutta la documentazione completa richiesta.

Ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono dopo 10 (dieci) anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Qualora il Beneficiario ometta di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge numero 266 del 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

12 Legge applicabile al Contratto di Assicurazione

La legge applicabile al Contratto di Assicurazione è quella italiana.

13 Lingua in cui è redatto il Contratto di Assicurazione

L'Assicurazione, ogni documento ad essa allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatte in lingua italiana.

14 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale relativi alla Copertura Vita devono essere inoltrati per iscritto mediante posta, telefax o e-mail all'Intermediario CBP Italia S.A.S. Viale Lancetti 43 I-20158 Milano; email: info@cbp-italia.eu; fax: 0268826940. I reclami correttamente inviati all'Intermediario assicurativo si considerano inviati direttamente all'Assicuratore.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'Assicuratore o dell'Intermediario di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) inviando il reclamo al seguente indirizzo: IVASS Servizio Tutela degli Utenti Via del Quirinale 21 I-00187 Roma oppure trasmettendolo via fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353. La comunicazione all'IVASS deve contenere copia del reclamo già inoltrato all'Assicuratore/Intermediario ed il relativo riscontro.

Poiché se in prima battuta il reclamo viene presentato all'IVASS, l'Autorità deve provvedere a trasmetterlo all'Impresa, con l'effetto per l'utente di un allungamento dei tempi per il riscontro, l'IVASS raccomanda di coinvolgere l'Autorità quando, come detto, la risposta dell'Assicuratore non arrivi nei termini o sia ritenuta dall'utente insoddisfacente in quanto non completa o non corretta.

In caso di liti transfrontaliere è inoltre possibile tentare la risoluzione in via stragiudiziale utilizzando la rete FIN-NET.

Per accedere alla rete il reclamante deve individuare l'organo competente nel seguente sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm e proporre un reclamo in forma scritta, allegando la documentazione necessaria a valutare la problematica.

In alternativa il reclamo può essere presentato direttamente all'IVASS, chiedendo a quest'ultima l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle Prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

E' fatta salva la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria. Si ricorda che i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria non rientrano nella competenza dell'IVASS.

Maggiori informazioni riguardanti la trasmissione di un reclamo possono essere reperite direttamente sul sito dell'IVASS (www.ivass.it) nella sezione rubricata "Per il consumatore".

15 Informativa in corso di Contratto

L'Impresa fornisce riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazione presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della Prestazione entro 20 (venti) giorni dalla ricezione della richiesta.

16 Conflitto d'interessi

Nell'attività di collocamento e gestione della presente Assicurazione, l'Impresa s'impegna a non effettuare operazioni in relazione alle quali essa stessa si trovi in una posizione di conflitto d'interesse diretto o indiretto, anche derivante da rapporto di gruppo o da rapporti d'affari propri o di società del gruppo.

Nonostante l'assenza di situazioni di conflitto alla data di redazione del presente Fascicolo Informativo, l'Impresa s'impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi del Contraente e dell'Assicurato e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

Nessun onere è posto a carico dell'Assicurato.

In esecuzione dell'articolo 48, comma 1 *bis* del Regolamento ISVAP numero 5/2006, il Beneficiario della Assicurazione non figura in nessun modo quale intermediario assicurativo e non percepisce alcuna remunerazione.

Credit AG è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.



Andreas Albert Fritz Schwarz



Berend Jan Tempelman

Credit Life AG

GLOSSARIO

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

Applicazione

Ciascuna sottoscrizione del Modulo Di Rilevazione Dati, effettuata da ciascun Assicurato, in ragione del Finanziamento contratto, cui corrisponde il consenso alla Copertura Vita emessa dall'Assicuratore in favore del Beneficiario in forza del presente Contratto di Assicurazione.

Assicuratore o Impresa

Credit Life AG con sede legale e direzione generale in RheinLandPlatz, D-41460 Neuss, Germania.

Assicurazione o Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale l'Assicuratore, a fronte del pagamento del Premio, s'impegna a garantire la Copertura Vita.

Assicurato o Cedente

La persona fisica sulla cui testa è stata sottoscritta la Copertura Vita, lavoratore dipendente di amministrazioni statali e pubbliche (come ad esempio Ministeri, Province, Regioni, ecc.) o di aziende di diritto privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato (purché l'ammortamento del finanziamento termini prima della scadenza dello stesso), con la quale il Contraente ha stipulato un Contratto di Prestito rimborsabile mediante Cessione del Quinto/Delegazione di Pagamento di quote della retribuzione mensile.

Beneficiario

L'ente che ha erogato il Prestito cui accede la Copertura Vita, al quale l'Assicuratore deve corrispondere la Prestazione in caso di Decesso, salvo il caso previsto dall'art. 5, terzo comma delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Capitale Assicurato

La quota parte del Prestito effettivamente erogato e comprensivo di tutte le spese accessorie che il Contraente intende assicurare a seguito della sottoscrizione per consenso del Modulo di Rilevazione Dati da parte dell'Assicurato.

Caricamenti

Oneri accessori applicati al Premio Puro: costituiscono la parte del Premio destinata a coprire le spese dell'Assicuratore e le commissioni di intermediazione assicurativa. I Caricamenti sommati al Premio Puro determinano il Premio di Tariffa.

Ceduto/Delegato

Il datore di lavoro dell'Assicurato, impegnato verso il Contraente a versare a favore di questi la quota dello stipendio dell'Assicurato.

Certificato di Polizza

Il documento che prova l'accettazione, da parte dell'Assicuratore, del rischio e che pertanto prova l'assunzione del rischio in garanzia del Contratto di Finanziamento secondo le Condizioni della presente Collettiva. Tale documento viene sottoscritto dall'Assicuratore

Certificato di stipendio

Documento rilasciato dal datore di lavoro dell'Assicurato contenente le informazioni relative al rapporto di lavoro e attestante, tra le altre cose, la data di assunzione, la retribuzione lorda e netta, il TFR maturato e le eventuali trattenute o pignoramenti presenti sullo stipendio.

Cessione del Quinto o CQS

Prestito a breve e/o medio termine conteggiato sullo stipendio del lavoratore richiedente, regolamentato e disciplinato, anche in via analogica, dalla Legge 180/1950 e successive modifiche.

Condizioni di Assicurazione

Clausole previste dal Contratto di Assicurazione. Esse si suddividono in Condizioni Generali e Condizioni Particolari.

Condizioni Generali

Clausole di base previste dal Contratto di Assicurazione, che ne regolano gli aspetti generali.

Condizioni Particolari

Insieme di clausole contrattuali con le quali le clausole di base previste dalle Condizioni Generali sono ampliate, ridotte o modificate con specifico riferimento alla Copertura Vita.

Contraente

Il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Assicuratore e cioè Italcresi S.p.A. iscritta nell'elenco speciale tenuto dalla Banca d'Italia al numero 6126, con sede legale in Corso Buenos Aires 79, 20124 Milano (MI), Codice Fiscale Partita IVA 05085150158, codice REA MI1141791, quale ente erogatore del Prestito, che assume la figura di Contraente e Beneficiario della Prestazione, fatta salva l'ipotesi di cui all'articolo 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Contratto di Prestito o Prestito o Contratto di Finanziamento o Finanziamento

Contratto di Finanziamento rimborsabile mediante Cessione del Quinto/Delegazione di Pagamento di quote mensili dello stipendio.

Copertura Danni

La copertura assicurativa assunta da Rheinland Versicherungs AG con sede legale sede in RheinLandplatz D 41460 Neuss, Germania in atto ad indennizzare l'eventuale perdita patrimoniale del Contraente derivante dall'inadempimento del Cedente/Delegante nel corrispondere le rate del Finanziamento, tramite il Ceduto/Delegato, a seguito della Perdita dello Stipendio, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni

Copertura Vita

La copertura assicurativa Decesso.

Data di Decorrenza

Momento dal quale è attiva la Copertura Vita di cui al Contratto di Assicurazione per il caso di Decesso.

Data di Scadenza

Momento da cui cessano gli effetti del Contratto di Assicurazione.

Decesso

La morte dell'Assicurato.

Debito Residuo

Il debito residuo a carico dell'Assicurato con riferimento al Prestito, al netto di eventuali rate insolute, al netto degli interessi sul capitale, al netto di ogni spesa connessa e al netto di interessi moratori eventualmente presenti ed al netto delle somme recuperate dal Contraente.

Delegazione di Pagamento

Prestiti personali rimborsabili mediante delegazione di pagamento di quote dello stipendio ai sensi dell'articolo 1269 e seguenti del Codice Civile.

Dipendente Statale

Il lavoratore, soggetto a gestione previdenziale ex INPDAP, in servizio presso:

- le amministrazioni dello Stato, civili e militari;
- le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
- le Istituzioni Universitarie.

Dipendente Pubblico

Il lavoratore, soggetto a gestione previdenziale ex INPDAP, in servizio presso una delle seguenti pubbliche amministrazioni:

- le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e i loro Consorzi ed Associazioni;
- le Camere di Commercio e i loro Consorzi ed Associazioni;
- le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Dipendente Para-Pubblico

La persona fisica in servizio presso un'azienda di diritto privato a gestione previdenziale INPS, partecipata, in misura di almeno il 40% (quaranta per cento), dallo Stato da una Pubblica Amministrazione o da un'altra Azienda Para-pubblica.

Dipendente Privato

Il lavoratore dipendente di azienda di diritto privato con un numero di dipendenti maggiore di 15.

Esclusioni

Rischi esclusi dalla Copertura Vita in base alle Condizioni di Assicurazione.

Fascicolo Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del Modulo di Rilevazione Dati.

Fondo Pensione

Fondo Pensione di cui al decreto legislativo numero 252 del 05/12/2005, integrato delle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.

Intermediario assicurativo o Intermediario

CBP Italia - Viale Lancetti 43 I-20158 Milano, intermediario assicurativo abilitato ad esercitare l'attività in Italia in regime di stabilimento dalla Francia e sottoposto alla vigilanza dell'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP).

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Legge 180

Il D.P.R. numero 180 del 05/01/1950 ed il relativo Regolamento di esecuzione approvato con D.P.R. numero 895 del 28/07/1950, integrato dalle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.

Modulo di Rilevazione Dati

La formale dichiarazione di consenso dell'Assicurato al Contratto di Assicurazione, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1919 del codice civile, che consente all'Impresa di prestare la Copertura Vita secondo i termini della presente Assicurazione.

Montante Lordo

L'importo del Finanziamento, comprensivo degli interessi e delle spese, pari alla somma delle rate da versare.

Premio di Tariffa o Premio

Il Premio Puro sommato ai Caricamenti. Rappresenta la somma di denaro dovuta all'Assicuratore in relazione al Contratto di Assicurazione.

Premio Puro

Il costo base per la Copertura Vita calcolato al netto dei Caricamenti. Rappresenta l'importo che l'Assicuratore incassa per far fronte alla Prestazione. E' calcolato sulla base del rischio assunto dall'Assicuratore. Nella Copertura Vita viene determinato sulla base di ipotesi demografiche (probabilità di Decesso o di sopravvivenza degli Assicurati) e di ipotesi finanziarie (rendimento ottenibile sui mercati finanziari). Il Premio Puro sommato ai Caricamenti determina il Premio di Tariffa.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di dieci anni (art. 2952 del Codice Civile).

Prestazione

La somma dovuta dall'Assicuratore a seguito del verificarsi del Decesso dell'Assicurato fatti salvi i casi di eccezione previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

Questionario Anamnestico Completo

Documento aggiuntivo, richiesto in caso di risposte positive nel Questionario Medico Semplificato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o eventualmente dal medico di medicina generale (*alias* medico curante, *alias* medico di fiducia, *alias* medico di famiglia, *alias* medico di base) dell'Assicurato e deve essere controfirmato all'atto del consenso alla stipula dell'Assicurazione dall'Assicurato stesso.

Questionario Medico Semplificato

Documento contenuto nel Modulo di Rilevazione Dati che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del Contratto di Assicurazione. Deve essere compilato e sottoscritto all'atto dell'accettazione dell'Assicurazione da parte dell'Assicurato stesso.

Riassicuratore

Impresa di Riassicurazione che partecipa ad un rischio o massa di rischi sottoscritti dall'Assicuratore senza obblighi diretti verso gli Assicurati.

Sinistro

Il Decesso dell'Assicurato, salvo quanto previsto dalle specifiche Esclusioni.

TAN

Tasso annuo nominale convenuto tra il Contraente ed il Cedente/Delegante.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ARTICOLO 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni del Contraente ed alle dichiarazioni dell'Assicurato. L'Assicuratore è responsabile per il rischio assunto; le Condizioni Generali riportate di seguito sono formulate al singolare per maggior chiarezza.

ARTICOLO 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il Contratto di Assicurazione qui descritto è un'assicurazione temporanea caso morte, a premio unico e a capitale decrescente, secondo il piano di ammortamento del Finanziamento cui il Contratto di Assicurazione è connesso e rivolta a coloro che hanno sottoscritto un Prestito rimborsabile mediante Cessione di quote dello stipendio disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche, dalle norme in materia di credito ai consumatori di cui al capo II del titolo VI del decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385 e dalle ulteriori norme civilistiche applicabili a tale fattispecie. L'Assicurato è colui che ha stipulato il Contratto di Prestito, il Contraente è l'ente erogatore del Prestito. Il Beneficiario della Prestazione assicurata è il Contraente stesso. L'Assicuratore, a fronte del pagamento di un Premio unico a carico del Contraente, in caso di Decesso dell'Assicurato prima della Data di Scadenza, corrisponderà al Beneficiario la Prestazione Assicurativa.

I dettagli di tale Copertura Vita sono specificati negli articoli che seguono e nelle Condizioni Particolari di Assicurazione.

Il Contratto è definito di “puro rischio” in quanto le prestazioni dell'Impresa sono legate esclusivamente al verificarsi del Decesso, come indicato nel Contratto di Assicurazione.

Poiché il Premio corrisposto, al netto della parte relativa ai costi del Contratto di Assicurazione, viene interamente utilizzato per far fronte ai rischi demografici, **nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla Data di Scadenza.**

ARTICOLO 3 – RISCHI ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Sono ammessi all'Assicurazione esclusivamente i Prestiti di nuova emissione che rispondano alle caratteristiche di seguito illustrate.

L'Assicurato:

- alla data di sottoscrizione del Modulo di Rilevazione Dati deve essere in un'età compresa tra i 18 (diciotto) e i 65 (sessantacinque) anni di età;
- deve essere il sottoscrittore del Prestito cui la Copertura Vita è connessa; se Dipendente Pubblico, per operazioni di CQS, non dovrà avere un'età alla scadenza superiore a 72 (settantadue) anni;
- se Dipendente Pubblico, per operazioni di Delegazione di Pagamento, non dovrà avere alla scadenza un'età superiore a 63 (sessantatré) anni e/o un'anzianità di servizio superiore a 40 (quaranta) anni;
- Unicamente per le operazioni di Delegazione del Pagamento, se dipendente di corpi militari o paramilitari (Esercito Italiano, Marina militare, Aeronautica militare, Guardia di Finanza, Arma dei Carabinieri, Polizia di Stato, Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco, Guardie Penitenziarie, Guardie Forestali) l'età a scadenza non potrà essere superiore a 60 (sessanta) anni oppure a 57 (cinquantasette) anni se l'anzianità di servizio, sempre alla scadenza del contratto di Assicurazione, risulta superiore a 35 (trentacinque) anni;
- se Dipendente Privato o Parapubblico, unicamente per operazioni di CQS, alla scadenza del Prestito non dovrà avere un'età pensionabile superiore a quella prevista dalle leggi in vigore alla data di decorrenza teorica indicata nella richiesta di emissione del Certificato di Polizza, salvo che al momento del pensionamento il TFR teorico accantonato (circa un mese di stipendio mensile per anno di lavoro supplementare) risulti superiore al capitale residuo del Finanziamento;
- se Dipendente Privato o Parapubblico, unicamente per operazioni di Delegazione del Pagamento, alla scadenza del Prestito non dovrà avere un'età pensionabile superiore a quella prevista dalle leggi in vigore alla data di decorrenza teorica indicata nella richiesta di emissione del Certificato di Polizza;
- i requisiti di assumibilità (età ed anzianità di servizio di cui ai punti precedenti) dell'Assicurato saranno valutati sulla base della data di pensionamento teorico desunta dalla tabella seguente:

| ANNO | REQUISITO ETÀ (UOMO) | REQUISITO ETÀ (DONNA) | REQUISITO ANZIANITA' DI SERVIZIO Uomini | REQUISITO ANZIANITA' DI SERVIZIO Donne |
|------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 2017 | 66 anni (anzianità min 20 anni) | 66 anni (anzianità min 20 anni) | 42 anni e 10 mesi | 41 anni e 10 mesi |
| 2018 | 66 anni (anzianità min 20 anni) | 66 anni (anzianità min 20 anni) | 42 anni e 10 mesi | 41 anni e 10 mesi |
| 2019 | 66 anni (anzianità min 20 anni) | 66 anni (anzianità min 20 anni) | 43 anni e 2 mesi | 42 anni e 2 mesi |

| | | | | |
|------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| 2020 | 66 anni (anzianità min 20 anni) | 66 anni (anzianità min 20 anni) | 43 anni e 2 mesi | 42 anni e 2 mesi |
| 2021 | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 43 anni e 5 mesi | 42 anni e 5 mesi |
| 2022 | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 43 anni e 5 mesi | 42 anni e 5 mesi |
| 2023 | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 43 anni e 8 mesi | 42 anni e 8 mesi |
| 2024 | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 43 anni e 8 mesi | 42 anni e 8 mesi |
| 2025 | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 43 anni e 11 mesi | 42 anni e 11 mesi |
| 2026 | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 43 anni e 11 mesi | 42 anni e 11 mesi |
| 2027 | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 67 anni (anzianità min 20 anni) | 44 anni e 2 mesi | 43 anni e 2 mesi |

- deve fornire un documento d'identità e il codice fiscale;
- deve prestare per iscritto il proprio consenso alla conclusione del Contratto di Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile;
- deve soddisfare le condizioni di salute richieste tramite le formalità mediche illustrate all'art. 4 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione;
- deve dare il consenso al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal D.lgs. del 30 giugno 2003 n. 196;
- al momento dell'erogazione del Prestito deve avere comunque superato il periodo di prova;
- se Dipendente Pubblico o Parapubblico, dovrà avere un'anzianità minima presso il Ceduto/Delegato di 6 (sei) mesi per le operazioni di Cessione e 12 (dodici) mesi per le operazioni di Delega;
- se Dipendente Privato, dovrà avere un'anzianità minima presso il Ceduto di 12 (dodici) mesi;
- deve disporre di uno stipendio mensile netto minimo di € 500,00 (cinquecento) al netto degli impegni presenti in busta paga incluso il Prestito in richiesta;
- al momento dell'erogazione del Finanziamento, deve essere assunto con un contratto che preveda almeno 20 (venti) ore di lavoro settimanali;
- non deve avere impegni in busta paga per un ammontare superiore al 40% (quaranta per cento) dello stipendio netto, incluso il Prestito in richiesta. In caso di sola coesistenza di Cessione e Delegazione di Pagamento, senza ulteriori impegni in corso gravanti sulla busta paga, l'ammontare delle rate non dovrà superare il 50% dello stipendio netto se Dipendente Privato, non dovrà essere un socio lavoratore, salvo i casi di soci lavoratori con reddito stabile da Certificato di stipendio;
- non dovrà figurare in *itinere* di contratto di formazione lavoro, periodo di prova, contratto di apprendistato, contratto di tirocinio o stage;
- non dovrà essere in *status* di aspettativa o sospensione, a qualsiasi titolo, del rapporto di lavoro;
- non dovrà essere *in itinere* di contratto di lavoro che preveda una sospensione del rapporto di lavoro durante la durata contrattuale;
- non dovrà essere stato sottoposto a provvedimenti disciplinari nel corso degli ultimi 12 (dodici) mesi;
- non dovrà essere in *status* di Cassa Integrazione Guadagni, Ordinaria o Straordinaria (eccezion fatta per la C.I.G. per maltempo), né esserlo stato nel corso degli ultimi due mesi, o essere stato posto in "messa in mobilità" ex Legge 223/91;
- dovrà figurare in regolare ed effettivo servizio presso il Ceduto/Delegato sulla base di contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato (purché l'ammortamento del finanziamento termini prima della scadenza dello stesso);
- non dovrà risultare in maternità obbligatoria;
- non dovrà essere attivo in territorio extra-UE al momento della sottoscrizione del Modulo di Rilevazione Dati;
- se cittadino Extra-comunitario: è indispensabile il permesso di soggiorno a tempo indeterminato, la residenza in Italia e l'anzianità di servizio di almeno 36 (trentasei) mesi presso il Ceduto/Delegato.
- ove richiedesse la liquidazione del TFR in busta paga, ai sensi della Legge n. 190/2014 ed eventuali successive modifiche ed integrazioni, la posizione verrà assunta con un moltiplicatore TFR massimo pari a 1, indipendentemente da quanto indicato nel sistema di Scoring – Art. 5 – Esclusioni e limiti assuntivi;
- se dipendente con CCNL del Credito, saranno assumibili unicamente Cedenti con età alla scadenza inferiore a 60 anni o il cui TFR disponibile, alla data di decorrenza teorica indicata nella richiesta di emissione del Certificato di Polizza, copra interamente il montante lordo richiesto. Non saranno assumibili operazioni di Delega;
- non deve aver riportato, nell'ultima busta paga, un numero di giorni consecutivi di malattia superiore a 10 (dieci), salvo dichiarazione medica attestante il buono stato di salute del Cedente/Delegante

La quotazione è stata fatta sulla base dei seguenti elementi:

- Durata del Finanziamento: compresa tra 24 (ventiquattro) e 120 (centoventi) mesi;
- Operazioni di Cessione del Quinto:
 - Dipendente pubblico: € 60.000,00 (sessantamila)
 - Dipendente para-pubblico: € 60.000,00 (sessantamila)
 - Dipendente privato: € 50.000,00 (cinquantamila)
- Operazioni di Delegazione di Pagamento:
 - Dipendente pubblico: € 40.000,00 (quarantamila)
 - Dipendente para-pubblico: € 40.000,00 (quarantamila)
 - Dipendente privato: € 20.000 (ventimila)
- Rate di rimborso: rate mensili (eventuali periodi di differimento di rimborso non sono garantiti, salvo le disposizioni previste nel seguente articolo 4).

Il Contraente agisce in qualità di Beneficiario dell'Assicurazione e non percepisce alcuna remunerazione.

ARTICOLO 4 – DECORRENZA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Per ciascun Assicurato, la Copertura Vita decorre dalle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno della prima erogazione del Prestito (giorno in cui l'importo del Prestito è effettivamente concesso), a condizione che siano soddisfatte le condizioni previste dall'articolo 3 delle presenti Condizioni Generali, che il Modulo di Rilevazione Dati sia stato validamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato e che il Questionario Medico Semplificato, incluso nel Modulo di Rilevazione Dati, sia perfettamente e totalmente conforme, con risposte negative alle 7 (sette) domande elencate nello stesso.

Il Contraente è delegato dall'Assicuratore a ricevere dall'Assicurato il Modulo di Rilevazione Dati come sopra descritto, debitamente compilato, datato e sottoscritto, prima di confermare l'inserimento a sistema della richiesta di attivazione della Copertura Vita. Nel caso in cui vi sia anche una sola risposta positiva al Questionario Medico Semplificato, il Contraente deve invitare l'Assicurato a compilare, datare e firmare il Questionario Anamnestico completo, ed inoltrarlo all'Intermediario CBP Italia, Viale Lancetti 43 I-20158 Milano

A seguito dell'invio del Questionario Medico Semplificato, ovvero del Questionario Anamnestico Completo laddove richiesto, l'Assicuratore, tramite l'Intermediario, a suo insindacabile giudizio, potrà:

1. accettare l'assunzione del rischio a tariffa normale o a tariffa maggiorata; in tale ultimo caso, il Contraente dovrà esprimere il suo consenso sottoscrivendo la comunicazione della decisione;
2. rifiutare l'assunzione del rischio: in tal caso, la domanda di attivazione della Copertura Vita viene respinta e l'Assicuratore restituisce al Contraente il Premio eventualmente versato; ovvero
3. richiedere ulteriori notizie o accertamenti sanitari, a proprie spese: in tal caso, una volta riesaminato il rischio, l'Assicuratore provvederà a comunicare tramite fax o lettera la propria decisione e, in caso di aggravamento del rischio, l'eventuale importo del sovrappremio che il Contraente dovrà regolare al fine di poter accedere alla Copertura Vita. In caso di accettazione, la Copertura Vita decorre dalla più recente delle seguenti date: 1) data di conferma scritta di accettazione del rischio da parte dell'Assicuratore; 2) data di erogazione del Prestito.

La richiesta di attivazione rimane valida per 90 (novanta) giorni, entro i quali il Finanziamento deve essere erogato. Trascorso tale termine, qualora il Finanziamento non fosse ancora stato erogato, **la Copertura Vita è inefficace e l'Assicuratore restituisce al Contraente il Premio eventualmente versato.** Il Contraente può inserire una nuova richiesta di attivazione, a patto che l'erogazione avvenga entro 180 (centottanta) giorni dalla prima richiesta di attivazione. **In questo caso, se il Finanziamento non viene erogato entro 180 (centottanta) giorni dalla prima sottoscrizione del Modulo di Rilevazione Dati, la domanda di attivazione della connessa Copertura Vita è inefficace e l'Assicuratore restituisce al Contraente il Premio eventualmente versato.**

La Copertura Vita rimane in vigore per tutta la durata del piano di ammortamento del Finanziamento, a condizione che il Premio corrispondente risulti pagato, e cessa alle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno in cui si verifica il primo degli eventi di seguito riportati:

- scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento fissato al momento della sottoscrizione dello stesso e comunque non oltre i 120 mesi dalla data di erogazione del Prestito;
- estinzione anticipata del Prestito;
- erogazione della Prestazione prevista in caso di Decesso;
- compimento del 76° (settantaseiesimo) anno di età dell'Assicurato;

- erogazione dell'indennità in caso di sinistro relativo alla copertura contro i rischi d'impiego prestata da Rheinland Versicherung AG e stipulata a protezione del Contratto di Finanziamento ai sensi dell'articolo 54 del Decreto del Presidente della Repubblica numero 180 del 05/01/1950 o in caso di cessazione, per qualsiasi motivo, della suddetta copertura contro i rischi d'impiego.

La durata del piano di ammortamento del Finanziamento può essere prolungata per un massimo di ulteriori 12 (dodici) mesi, in caso di sospensione temporanea o differimento dell'inizio dell'ammortamento stesso. In questa fattispecie, la Copertura Vita rimane in vigore fino alla completa estinzione del Finanziamento.

La durata del Contratto di Assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la Data di Decorrenza e la Data di Scadenza, è pari alla durata del Finanziamento e, fatto salvo il caso di rimborso anticipato del Prestito o il recesso esercitato ai sensi dell'art. 1899 c.c., non potrà essere inferiore a 2 (due) anni e maggiore di 10 (dieci) anni.

Non è previsto il tacito rinnovo

Le dichiarazioni dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio devono essere esatte, complete e veritiere. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione nonché l'annullamento o il recesso dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

ARTICOLO 5 – BENEFICIARIO

Beneficiario delle prestazioni garantite dalla presente Assicurazione è il Contraente, che metterà l'importo incassato a decurtazione dei propri crediti verso l'Assicurato di cui al contratto di Cessione del Quinto o Delegazione di Pagamento.

Il Contraente agisce in qualità di beneficiario e non percepisce alcuna remunerazione.

Nel caso in cui il Contraente cedesse o trasferisse a terzi il Contratto di Finanziamento o i crediti da esso derivanti, il Beneficiario delle somme assicurate sarà il terzo cessionario.

ARTICOLO 6 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio per l'intera durata del singolo Finanziamento è calcolato sulla base dell'ammontare del Prestito, dell'età dell'Assicurato, della durata del Prestito ed è pagato dal Contraente in un'unica soluzione. **Nessun onere è previsto a carico dell'Assicurato.**

Il mancato pagamento del Premio, ai sensi di quanto previsto nel presente Contratto di Assicurazione, comporta la sospensione della Copertura Vita.

In ogni caso, se il Finanziamento non viene erogato entro 90 (novanta) giorni ovvero, nel caso di nuova richiesta di attivazione, 180 (centottanta) giorni dalla sottoscrizione del primo Modulo di Rilevazione Dati, la domanda di attivazione della connessa Copertura Vita è inefficace e l'Assicuratore restituisce al Contraente il Premio eventualmente versato.

Il Premio è determinato applicando la seguente formula:

$$P = BF \times T$$

dove:

| | |
|----|------------------------------------------|
| P | Premio di Tariffa, inclusivo di imposte. |
| BF | Montante Lordo del Prestito |
| T | Coefficiente |

Non è previsto alcuno sconto del Premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

L'Intermediario assicurativo trattiene dal Premio, a titolo di commissione, un importo corrispondente al 5% (cinque per cento) del Premio (al netto delle imposte di legge = Caricamenti).

ARTICOLO 7 – DENUNCIA DI DECESSO E MODALITA' DI LIQUIDAZIONE

In caso di Decesso le procedure da seguire al fine di ottenere l'erogazione della Prestazione sono indicate all'articolo 5 delle Condizioni Particolari di Assicurazione. L'Assicuratore si riserva comunque il diritto di richiedere al Contraente il calcolo completo

del piano di ammortamento realizzato per l'ottenimento del Debito Residuo comunicato. Tali documenti devono essere inviati, per mezzo di lettera raccomandata A/R, all'Intermediario assicurativo CBP Italia Viale Lancetti 43 I-20158 Milano, o in alternativa possono essere inviati per mezzo di posta elettronica certificata all'indirizzo dell'intermediario: cbpitalia@pec.actalis.it. Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei documenti giustificativi richiesti, elencati nelle Condizioni Particolari di Assicurazione. Le denunce correttamente inviate all'Intermediario si considerano inviate direttamente all'Assicuratore. Se dalla documentazione presentata e dalle eventuali ulteriori indagini istruttorie svolte dall'Assicuratore risulta l'obbligazione di pagare la Prestazione assicurata, l'Assicuratore, attraverso l'Intermediario assicurativo CBP Italia, invia al Beneficiario il modulo di quietanza liberatoria dove vengono richiesti i dati antiriciclaggio aggiornati e le coordinate del conto corrente bancario presso il quale eseguire il pagamento. Con la compilazione di tale modulo ed il suo invio all'Assicuratore, il Beneficiario attesta di aver ricevuto dall'Assicuratore ogni importo dovuto ai sensi del presente Contratto di Assicurazione e lo libera da ogni obbligazione a decorrere dalla data di esecuzione del pagamento. L'accredito al Beneficiario da parte dell'Assicuratore costituisce dunque prova liberatoria di avvenuto pagamento della Prestazione. L'Assicuratore si impegna a pagare, attraverso l'Intermediario assicurativo CBP Italia entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione del suddetto modulo di quietanza liberatoria e non prima di avere ricevuto tutta la documentazione completa richiesta; trascorso tale periodo sono dovuti gli interessi di mora, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice al tasso legale in vigore.

Ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in 10 (dieci anni) dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, e cioè dal Decesso. L'accredito al Beneficiario da parte dell'Assicuratore costituisce prova liberatoria di avvenuto pagamento della Prestazione.

Qualora il Beneficiario ometta di richiedere gli importi dovuti per la Copertura Vita, entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge numero 266 del 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

ARTICOLO 8 – ESCLUSIONI

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione nonché l'annullamento o il recesso dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Ulteriori cause di esclusione sono previste dall'art. 3 delle Condizioni Particolari.

ARTICOLO 9 – DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere da ciascuna singola Applicazione **entro 30 (trenta) giorni** dalla data di decorrenza della medesima, dandone comunicazione con lettera raccomandata A/R contenente tutti gli elementi identificativi inviata all'Intermediario assicurativo:

CBP Italia

Viale Lancetti 43

I-20158 Milano

La comunicazione di recesso correttamente inviata all'Intermediario assicurativo si considera inviata direttamente all'Assicuratore. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla singola Applicazione a decorrere dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. In tal caso, l'Assicuratore provvede a restituire al Contraente, per il tramite dell'Intermediario Assicurativo CBP Italia, il Premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto di Assicurazione ha avuto effetto, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

ARTICOLO 10 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale relativi alla Copertura Vita devono essere inoltrati per iscritto mediante posta, telefax o e-mail all'Intermediario CBP Italia S.A.S. Viale Lancetti 43 I-20158 Milano; email: info@cbp-italia.eu; fax: 0268826940. I reclami correttamente inviati all'Intermediario assicurativo si considerano inviati direttamente all'Assicuratore.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'Assicuratore o dell'Intermediario di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) inviando il reclamo al seguente indirizzo: IVASS Servizio Tutela degli Utenti Via del Quirinale 21 I-00187 Roma. oppure trasmettendolo via fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353. La comunicazione all'IVASS deve contenere copia del reclamo già inoltrato all'Assicuratore/Intermediario ed il relativo riscontro.

Poiché se in prima battuta il reclamo viene presentato all'IVASS, l'Autorità deve provvedere a trasmetterlo all'Impresa, con l'effetto per l'utente di un allungamento dei tempi per il riscontro, l'IVASS raccomanda di coinvolgere l'Autorità quando, come detto, la risposta dell'Assicuratore non arrivi nei termini o sia ritenuta dall'utente insoddisfacente in quanto non completa o non corretta.

In caso di liti transfrontaliere è inoltre possibile tentare la risoluzione in via stragiudiziale utilizzando la rete FIN-NET. Per accedere alla rete il reclamante deve individuare l'organo competente nel seguente sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm e proporre un reclamo in forma scritta, allegando la documentazione necessaria a valutare la problematica.

In alternativa il reclamo può essere presentato direttamente all'IVASS, chiedendo a quest'ultima l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle Prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

E' fatta salva la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria. Si ricorda che i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria non rientrano nella competenza dell'IVASS.

Maggiori informazioni riguardanti la trasmissione di un reclamo possono essere reperite direttamente sul sito dell'IVASS (www.ivass.it) nella sezione rubricata "Per il consumatore".

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità giudiziaria, in tal caso si segnala che non è ammesso presentare reclamo quando questo riguardi aspetti per i quali è già stata adita l'Autorità Giudiziaria.

ARTICOLO 11 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

ARTICOLO 12 – FORO COMPETENTE

Per ogni controversia è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

ARTICOLO 13 – ONERI FISCALI

Le imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, discendenti dal Contratto di Assicurazione sono a carico del Contraente.

E' riportato di seguito il trattamento fiscale riservato al Contratto di Assicurazione. Il trattamento descritto è quello applicabile in base alla normativa fiscale vigente al momento del perfezionamento del Contratto di Assicurazione.

I Premi relativi alla Copertura Vita, secondo la normativa vigente, non sono soggetti a imposte.

Le somme corrisposte in caso di Decesso sono in ogni caso esenti da IRPEF. Le somme corrisposte negli altri casi previsti nel Contratto di Assicurazione soggiacciono al regime fiscale previsto dall'articolo 6 del Decreto del Presidente della Repubblica numero 917 del 1986; in particolare, costituiscono redditi della medesima categoria di quelli sostituiti e sono, pertanto, soggette a tassazione secondo le medesime modalità unicamente le Prestazioni corrisposte in sostituzione di redditi altrimenti tassabili.

ARTICOLO 14 – TUTELA DEI DATI DELL'ASSICURATO - Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo numero 196 del 30 giugno 2003 ("Codice della Privacy")

Finalità per le quali il trattamento dei dati dell'Interessato è necessario

L'Assicuratore, in qualità di titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'Assicurato (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi i dati sensibili (per esempio: informazioni sullo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi autorizzati dagli Interessati, sono trattati per instaurare e dare esecuzione al contratto assicurativo e per soddisfare eventuali obblighi di legge, regolamentari o provvedimenti di autorità pubbliche o di organi di vigilanza e di controllo.

Il trattamento dei dati di ciascun Interessato è necessario per il conseguimento delle finalità di cui sopra. Un eventuale rifiuto di fornire i suddetti dati personali, o un eventuale rifiuto del consenso a tali trattamenti, seppur legittimi, potrebbero compromettere l'instaurazione e/o il regolare svolgimento del rapporto contrattuale.

Finalità per le quali il trattamento dei dati dell'interessato è facoltativo

Nel caso in cui l'Interessato abbia espresso il proprio consenso al momento della sottoscrizione del Modulo di Rilevazione Dati al Contratto di Assicurazione o successivamente e fino alla revoca dello stesso, i suoi dati personali, potranno essere trattati dall'Assicuratore o dai soggetti indicati al presente articolo 14 per le seguenti finalità:

- per la comunicazione di informazioni su future iniziative commerciali e su nuovi prodotti, servizi e offerte da parte dell'Assicuratore e di società affiliate e/o controllate anche con modalità automatizzate, SMS, MMS, fax, posta elettronica e connesse applicazioni Web, o contatti telefonici;
- per ricerche di mercato e sondaggi;
- per la rilevazione del grado di soddisfazione della clientela e il miglioramento della qualità della Prestazione contrattuale.

Il consenso al trattamento dei dati dell'Interessato per le finalità di trattamento di cui al presente articolo è facoltativo, ma può servire a migliorare i servizi dell'Assicuratore e a comunicare all'Interessato aggiornamenti di suo interesse.

Modalità del trattamento

I dati personali degli Interessati sono trattati (attraverso la raccolta, conservazione, utilizzo, comunicazione ai soggetti indicati nel presente articolo e alle autorità pubbliche e agli organi di vigilanza) mediante strumenti manuali e con l'ausilio di mezzi informatici ed elettronici o comunque automatizzati, per il tempo strettamente necessario a conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti. L'Assicuratore ha adottato specifiche misure di sicurezza per garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati e per prevenirne la perdita, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati, nel rispetto del Codice della Privacy.

Comunicazione di dati

I responsabili del trattamento e gli incaricati del trattamento dell'Assicuratore potranno venire e a conoscenza dei dati personali degli Interessati nell'esercizio delle loro funzioni.

I dati personali raccolti per il raggiungimento delle finalità indicate potranno inoltre essere comunicati:

- per quanto di loro specifica competenza, a persone fisiche e/o giuridiche aventi finalità commerciali e/o di gestione dei sistemi informativi dell'Assicuratore e/o a soggetti che svolgono specifici servizi per conto dell'Assicuratore (ad esempio servizi legali, servizi informatici, servizi di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla / dalla clientela; servizi di assistenza alla clientela anche tramite call center; servizi di archiviazione della documentazione, servizi di assistenza alla clientela; servizi per la gestione e il controllo delle frodi; attività di controllo, revisione e certificazione delle attività dell'Assicuratore; servizi di recupero crediti, servizi bancari, finanziari o assicurativi);
- ai soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: il Riassicuratore; eventuali coassicuratori etc.);
- ai soggetti che distribuiscono i prodotti e i servizi dell'Assicuratore;
- alle società appartenenti al Gruppo Rheinland o comunque ad esso collegate.

I soggetti ai quali i dati personali dell'Interessato possono essere comunicati sono riportati in un elenco aggiornato, disponibile presso la sede dell'Assicuratore e accessibile agli Interessati anche online sul sito web dell'Assicuratore. Tali soggetti utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari del trattamento" ovvero di "Responsabili del trattamento". La comunicazione potrà avvenire, nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del Codice della Privacy.

Diffusione dei dati e trasferimento dei dati all'estero

I dati personali degli Interessati non saranno diffusi. Ove necessario per le finalità indicate, i dati personali conferiti potranno essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea o Paesi diversi ma con una tutela simile o equivalente a quella garantita dal Codice della Privacy sulla base di specifici accordi.

Diritti degli Interessati

Ciascun Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso l'Assicuratore, gli estremi identificativi del titolare del trattamento e dei relativi responsabili, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati. L'Interessato ha inoltre il diritto a fare aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco e ad opporsi al trattamento dei propri dati personali. Per ottenere ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali e per l'esercizio dei diritti di cui all'articolo 7 del Codice della Privacy,

l'Interessato può rivolgersi ai titolari del trattamento, ai seguenti recapiti: Credit Life AG, RheinLandplatz, 41460 Neuss, Germany
email service@creditlife.net.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ARTICOLO 1 - RISCHIO ASSICURATO

Il rischio assicurato è il Decesso dell'Assicurato, senza limiti territoriali, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di cui all'articolo 3 delle presenti Condizioni Particolari. La Copertura Vita è attiva per tutti gli Assicurati.

ARTICOLO 2 - PRESTAZIONE ASSICURATIVA

L'Assicuratore si impegna a corrispondere, in caso di Decesso dell'Assicurato un capitale pari al valore scontato al TAN per il Finanziamento oggetto della copertura assicurativa di cui alla presente Assicurazione, delle quote mensili rimaste insolte aventi scadenza successiva al Decesso – dunque escludendo gli interessi percepiti dal Contraente nell'operazione di finanziamento. Il capitale massimo assicurabile per Applicazione non potrà superare € 60.000 (sessantamila) per le operazioni di Cessione del Quinto e € 40.000 (quarantamila) per le operazioni di Delegazione di Pagamento. Per le operazioni abbinate di Cessione del Quinto e Delegazione di Pagamento effettuate da uno stesso Assicurato il montante massimo assicurabile non potrà superare €100.000 (centomila) in totale conteggiando tutti i contratti assicurativi. L'Assicuratore ha facoltà di accettare esplicitamente un montante superiore. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dalla Prestazione pagabile.

Dal computo della Prestazione vanno detratti, inoltre, gli oneri non maturati, secondo quanto convenuto nel Contratto di Prestito.

ARTICOLO 3 - ESCLUSIONI E LIMITI ASSUNTIVI

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali.

E' escluso dall'Assicurazione il Decesso causato dalle conseguenze:

- **del dolo dell'Assicurato;**
- **di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;**
- **di tutti i rischi nucleari;**
- **del dolo del Contraente;**
- **del suicidio (tentato suicidio o lesioni deliberatamente autoinflitte, che l'Assicurato fosse sano di mente o meno) dell'Assicurato avvenuto nel corso dei 12 mesi successivi alla data di decorrenza della garanzia;**
- **del rifiuto di qualsiasi tipo di assistenza medica.**

Inoltre, comporta l'esclusione della garanzia assicurativa:

- **l'inesistenza del Contratto di Prestito;**
- **la mancata erogazione del Finanziamento;**
- **la falsificazione dei documenti prodotti a corredo del Modulo di rilevazione dati.**

ARTICOLO 4 – LIMITI E MASSIMALI

La Prestazione massima pagabile in caso di Decesso è pari all'importo massimo del Prestito e, in ogni caso, non potrà superare l'importo di €100.000,00 (centomila). E' in ogni caso tassativamente esclusa la sovrassicurazione.

Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dall'ambito della Prestazione pagabile.

ARTICOLO 5 – DENUNCIA DEL DECESSO ED ONERI RELATIVI

Verificatosi il Decesso dell'Assicurato, al fine di consentire il pagamento della Prestazione devono essere inviati, per mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Intermediario CBP Italia Viale Lancetti 43 I-20158 Milano, i documenti necessari all'Assicuratore a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza il Capitale Assicurato, ed in particolare:

- il numero della pratica di Prestito corrispondente all'Assicurato deceduto;
- la denuncia del Decesso dell'Assicurato;
- l'ammontare esatto delle rate residue rilevato al momento del Decesso, quale risulta dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, nonché l'ammontare delle rate residue attualizzate al TAN per il Finanziamento oggetto della Copertura Vita di cui alla presente Assicurazione;
- il certificato di morte (originale o copia autentica) dell'Assicurato.

Ove il Decesso intervenisse entro 12 (dodici) mesi dalla Data di Decorrenza della Copertura Vita o in caso di Decesso in seguito ad incidente, l'Assicuratore si riserva di richiedere a proprie spese, a terze parti (medici, ospedali e altre Strutture Sanitarie che abbiano avuto in cura l'Assicurato e pubbliche autorità in caso di Decesso intervenuto in seguito ad incidente), la documentazione medica e i verbali delle autorità coinvolte utili a compiere le indagini e le istruttorie necessarie per adempiere le obbligazioni connesse alla Copertura Vita. Gli eredi dell'Assicurato e il Beneficiario dovranno collaborare con l'Assicuratore, fornendo senza indugio a quest'ultimo tutte le informazioni utili in loro possesso o che essi possano facilmente reperire (ad esempio i dati e i recapiti dei medici, degli ospedali e delle Strutture Sanitarie che abbiano avuto in cura l'Assicurato, delle autorità di pubblica sicurezza intervenute in caso di incidente, dell'autorità giudiziaria presso cui risultano avviate indagini o procedimenti, anche con l'indicazione degli estremi dei relativi fascicoli, in caso di decesso successivo a fatti penalmente rilevanti) al fine di agevolare e velocizzare, anche nel proprio interesse, il reperimento dal parte dell'Assicuratore della suddetta documentazione.

L'Assicuratore si riserva comunque il diritto di richiedere al Contraente, nei 30 (trenta) giorni successivi alla ricezione della denuncia del Decesso, il calcolo completo del piano di ammortamento realizzato per l'ottenimento del Debito Residuo comunicato.

Coperture assicurative Caso Morte e Perdita di Stipendio abbinata a prestiti rimborsabili mediante Cessione del Quinto dello Stipendio o Delegazione di Pagamento.

Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

INFORMAZIONI SULL'ASSICURATO

Condizione lavorativa: 1) Dipendente Statale o Pubblico
 2) Dipendente Para-Pubblico
 3) Dipendente Privato

Nome: _____
Cognome: _____
Luogo di nascita: _____
Data di nascita: _____
Sesso: M F
Codice fiscale: _____
Indirizzo: _____
Comune: _____
Provincia: _____
CAP: _____
Documento d'identità (tipo): _____
Documento d'identità (numero): _____
Documento d'identità (data di emissione): _____
Documento d'identità (luogo di emissione): _____
Telefono (facoltativo): _____
Email (facoltativo): _____
Telefono di un familiare e grado di parentela (facoltativo): _____

DATI DEL PRESTITO

Numero pratica: _____
Durata (in mesi): _____
Decorrenza: _____
Scadenza: _____
TAN: _____
Importo (in euro): _____
Rata mensile (in euro): _____
Montante Lordo (somma delle rate) (in euro): _____

CONTRAENTE E BENEFICIARIO

Contraente: _____
Beneficiario (se diverso dal Contraente): _____

INFORMAZIONI SUI COSTI DELL'ASSICURAZIONE

Nessun onere è previsto a carico dell'Assicurato.

ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

Il Sottoscritto, avendo ricevuto in precedenza copia integrale del Fascicolo Informativo, avendo preso visione delle Condizioni di Assicurazione, con particolare riferimento alle Condizioni di Assicurazione ed ai casi di Esclusione, che dichiaro a tutt'oggi non essere ricorrenti, consento alla sua stipulazione dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'articolo 1919, comma 2 del Codice Civile.

Data: _____

Firma dell'Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Il Sottoscritto, avendo chiesto al Contraente un Prestito da estinguersi mediante Cessione del Quinto dello Stipendio/Delegazione di Pagamento, ai sensi del DPR numero 180 del 05/01/1950 e successive modifiche e ai sensi degli articoli 1269 e 1723, comma 2 del Codice Civile conferma che tutte le dichiarazioni fornite, necessarie alla valutazione del rischio, sono veritiere, precise e complete.

Data: _____

Firma dell'Assicurato _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI:

Il sottoscritto, presa visione del Fascicolo Informativo e, in particolare, dell'Informativa redatta ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 196/2003, di cui all'articolo 14 delle Condizioni Generali, presta o nega il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili per le seguenti finalità:

per ottenere da terze parti (ad esempio, dai propri medici, ospedali od altre Strutture Sanitarie) e trattare i propri dati personali e sensibili, con la finalità di adempiere le obbligazioni connesse alla Copertura Vita e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 26 (Garanzie per i dati sensibili) del D.lgs. 196/2003.

Prestando tale consenso il sottoscritto esonera espressamente le suddette terze parti da ogni obbligo di riservatezza e non comunicazione dei dati e proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali Credit Life AG riterrà opportuno rivolgersi, a propria cura e spese, per l'acquisizione di informazioni ritenute necessarie al fine di erogare la Prestazione, nel limite consentito dalla legislazione italiana e autorizza le indagini, le istruttorie e gli esami medici che si dovessero rendere necessari per tali finalità, con i limiti e le procedure richieste per adempiere le obbligazioni connesse alla copertura assicurativa, da effettuarsi da parte di medici di fiducia degli Assicuratori, il cui costo sarà interamente sostenuto dagli Assicuratori medesimi.

do il consenso

nego il consenso

Avvertenza: il trattamento di tali dati è strettamente necessario alla conclusione di un nuovo rapporto assicurativo e alla gestione ed esecuzione dello stesso. Qualora Lei non prestasse il proprio consenso l'Assicuratore non potrà concludere od eseguire il relativo Contratto.

per ricerche di mercato e sondaggi

do il consenso

nego il consenso

per l'eventuale trasferimento dei dati all'estero in Paesi non UE

do il consenso

nego il consenso

per la comunicazione di informazioni commerciali attraverso contatto telefonico, modalità automatizzate, SMS, MMS, fax, posta elettronica e connesse applicazioni Web

do il consenso

nego il consenso

per la rilevazione del grado di soddisfazione della clientela e il miglioramento della qualità della prestazione contrattuale

do il consenso

nego il consenso

Data _____

Firma dell'Assicurato _____

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte degli Assicuratori, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione assicurativa, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

| QUESTIONARIO MEDICO (da compilarsi a cura dell'Assicurando) | Fare una croce nella casella del SI o del NO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. La preghiamo di indicare la sua altezza in centimetri ed il suo peso in chilogrammi. Altezza: _____ cm Peso: _____ kg | |
| 1. E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. E' o è stato titolare di pensione d'invalidità? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Ha mai fatto richiesta, negli ultimi 5 anni, di altre assicurazioni sulla Vita le quali sono state rifiutate oppure ottenute con l'applicazione di un sovrappremio o condizioni particolari? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. E' mai stato negli ultimi 10 anni sottoposto ad interventi chirurgici, trattamenti medici o ricoveri? E' a conoscenza che dovrà farlo nei prossimi 12 mesi? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Soffre o ha mai sofferto di una o più delle seguenti patologie negli ultimi 10 anni: | |
| a) Cancro, Leucemia, linfonodi ingrossati o qualsiasi altra patologia di origine tumorale? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| a) Disordini, sintomi o malattie all'apparato cardiocircolatorio? Ad esempio infarto, costrizioni o dolori al petto, scompensi della pressione sanguigna, palpitazioni, occlusioni o infiammazioni dei vasi sanguigni, embolia? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| b) Affanno, apnea del sonno, malattie sessualmente trasmissibili, HIV, altre malattie infettive? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| c) Disturbi o malattie dell'esofago, dello stomaco, intestino, fegato, cistifellea, pancreas, reni, vescica, vie urinarie, genitali? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| d) Colesterolo alto, Diabete, disordini alla tiroide, gotta, disordini ormonali? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| e) Disordini, malattie polmonari o all'apparato respiratorio come, asma, BPCO (Bronco-pneumopatia Cronica Ostruttiva), fiato corto, pleurite, bronchite, tosse prolungata, embolia? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| f) Disturbi o malattie di natura psicologica come depressione, schizofrenia, psicosi, deficit dell'attenzione, stress, ansia, insonnia, iperventilazione, esaurimento nervoso? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| g) Disordini o malattie dell'apparato celebrale come Ictus, ischemia celebrale transitoria, convulsioni, epilessia, neurite ottica, emicrania, vertigini? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| h) Disturbi o malattie dell'apparato muscolo scheletrico come artrite (acuta o cronica), artrosi, reumatismi, paralisi? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| DATI DEL MEDICO CURANTE | |
| Nome: _____ | |
| Cognome: _____ | |
| Indirizzo: _____ | |
| Recapito Telefonico e/o e-mail: _____ | |
| Al fine del miglioramento della qualità e del monitoraggio dei dati e di verificare la veridicità di quanto da Lei riportato nel presente questionario, anche ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, la Compagnia si riserva la possibilità di contattare il medico curante da lei indicato. | |
| Data: _____ | |
| Firma dell'Assicurato (per esteso e leggibile): _____ | |

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, l'Assicurato, dopo aver preso visione delle Condizioni Generali presenti nel Fascicolo Informativo della polizza collettiva n. 17092, approva specificamente tutte le disposizioni contenute in ciascuno dei seguenti articoli: art. 4 - Decorrenza e cessazione dell'Assicurazione; art. 7 - Denuncia di decesso e modalità di liquidazione; art. 8 – Esclusioni, art. 9 – Diritto di recesso; art. 14 – Tutela dei dati dell'Assicurato.

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurato (per esteso e leggibile) _____

Questionario Anamnestico Completo relativo alla polizza numero 17092 stipulata da Italcresi S.p.A. con Credit Life AG e Rheinland Versicherung AG

- Ai sensi della normativa vigente si forniscono le seguenti avvertenze relative alla compilazione del Questionario Medico:
- (a) le dichiarazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio devono essere esatte, complete e veritiere;
 - (b) le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile;
 - (c) prima della sottoscrizione del Questionario Medico, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate;
 - (d) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute;
 - (e) l'Assicurato ha il dovere di dare sollecita comunicazione all'Assicuratore di eventuali nuovi fattori inerenti al proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione della presente Proposta di Adesione e la Data di Decorrenza dell'Assicurazione, al fine di consentire all'Assicuratore una corretta valutazione della richiesta di adesione;
 - (f) l'Assicurato autorizza lo svolgimento a cura dei medici di fiducia dell'Assicuratore di verifiche, esami o eventuali prove mediche opportune, da eseguire entro i limiti e secondo le modalità che si rendano necessari ai fini dell'attuazione degli obblighi inerenti all'Assicurazione;
 - (g) l'Assicurato si obbliga a far compilare e a far sottoscrivere il presente Questionario Medico (QM) dal proprio medico di medicina generale, consapevole che, in caso di inadempienza, la copertura assicurativa non sarà fornita.

Firma dell'Assicurato _____

NOME: _____
 COGNOME: _____
 DATA DI NASCITA: _____
 CODICE FISCALE: _____

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------|-----------------------------------------|
| Mettere sempre una croce nella casella del SI oppure in quella del NO. | | | | | |
| In caso sia stata messa una croce nella casella del SI, fornire in modo completo e dettagliato tutte le indicazioni richieste. | | | | | |
| Altezza espressa in centimetri: | | | | | |
| Peso espresso in chilogrammi: | | | | | |
| Differenza (Altezza - Peso): | | | | | |
| 1 - | Ha mai fatto richiesta, negli ultimi 5 anni, di altre assicurazioni sulla vita che sono state rifiutate o concesse con l'applicazione di un sovrappremio? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi |

| |
|------------------------------------------------------|
| TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE |
|------------------------------------------------------|

| | | | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 2 - | E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Da quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Citare nomi e dosi delle medicine, cure o trattamenti |
| | | | | | |
| 3 - | E' colpito da una malattia cronica, un'invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Da quando? | Di quale natura? | |
| | | | | | |
| 4 - | E' titolare di una delle seguenti prestazioni? | | Da quando? (allegare copia della notifica di rendita) | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Indichi nel dettaglio le percentuali |
| | pensione per malattia o infortunio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| | rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 5 - | Gode dell'esonero del ticket a causa di una malattia o di un infortunio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Da quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | |
| | | | | | |
| 6 - | Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Per quanto tempo? |
| | | | | | |

TIMBRO E FIRMA DEL
MEDICO DI MEDICINA
GENERALE

| | | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 7 - | Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato positivo per le sierologie HBV (virus dell'epatite B), HCV (virus dell'epatite C), HIV (virus dell'immunodeficienza umana) o altre malattie infettive? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i test con esito positivo | |
| | | | | | |
| 8 - | Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni? | | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Durata? |
| | malattie reumatiche, disco-vertebrali, lombaggine, sciatica? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| | disturbi neurologici, affezioni neuropsichiche, depressione nervosa? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| | patologie cardiache o vascolari, ipertensione arteriosa, colesterolo alto, diabete? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | Indichi dettagliatamente tutti i motivi e l'indicazione dei rilevamenti della pressione diastolica e sistolica: | |
| | patologie dell'apparato respiratorio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| | disturbi o malattie all'apparato digerente? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| | Cancro, leucemia, linfonodi ingrossati o qualsiasi patologia di origine tumorale? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| | Altri trattamenti di una durata superiore a un mese? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |

**TIMBRO E FIRMA DEL
MEDICO DI MEDICINA
GENERALE**

| | | | | | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------|-----------------------------------------|---------|
| 9 - | E' mai stato ricoverato in ospedale, clinica o casa di cura? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Durata? |
| | Negli ultimi 3 mesi é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per uno dei seguenti motivi: appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | |
| | Negli ultimi 10 anni é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo diverso da quelli sopra elencati? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 10 - | E' stato informato che, nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà subire uno dei seguenti eventi? | | | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Durata? |
| | subire una TAC, una risonanza magnetica, esami in ambiente ospedaliero? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | |
| | essere ricoverato? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | |

TIMBRO E FIRMA DEL
MEDICO DI MEDICINA
GENERALE

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------|
| seguire un trattamento medico? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| subire un intervento chirurgico? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| QUADRO RISERVATO AL MEDICO SPECIALIZZATO DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI | REDATTO DAL DOTTOR _____ LUOGO: _____ DATA: _____ Letto e approvato, | | | TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE |