



AsSiCredit Extra Long



**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE DECRESCENTE
E A PREMIO ANNUO A PROTEZIONE DEL CREDITO (Assimoco Vita S.p.A.)**

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A PROTEZIONE DEL CREDITO (Assimoco S.p.A.)
per i casi di Invalidità Permanente Totale - Inabilità Temporanea Totale -
Perdita Involontaria d'Impiego - Ricovero Ospedaliero**

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- Nota Informativa Assimoco Vita S.p.A.
- Nota Informativa Assimoco S.p.A.
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Fac-simile della Proposta
- Fac-simile della Scheda di Adesione

deve essere consegnato al Richiedente prima della sottoscrizione della Proposta ovvero della Scheda di Adesione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Note Informative.

Il presente Fascicolo Informativo si compone altresì della proposta ovvero della Scheda di Adesione qualora sottoscritta dal Richiedente e dall'Assicurato.

Vai su www.assimoco.it
e clicca su **ACCEDI ORA**

AREA RISERVATA

ACCEDI ORA 

POTRAI ACCEDERE VELOCEMENTE A:

- STORICO E STATO DI AVANZAMENTO DEI SINISTRI
- ATTESTATO DI RISCHIO DIGITALE
- COMUNICAZIONI DELLA COMPAGNIA IN FORMATO DIGITALE
- COPERTURE ASSICURATIVE E RELATIVE CONDIZIONI CONTRATTUALI
- STATO DI PAGAMENTI E SCADENZE
- VALORE DI RISCATTO DELLE POLIZZE VITA
- RIFERIMENTI DIRETTI DELLA BANCA O DELL'AGENZIA DI FIDUCIA

**Registrati subito,
è semplicissimo!** 

- VAI SU WWW.ASSIMOCO.IT
- CLICCA SU **ACCEDI ORA**, QUINDI INSERISCI NEL FORM DI REGISTRAZIONE IL:
CODICE FISCALE E IL NUMERO DI UNA POLIZZA.
- DOPO LA COMPILAZIONE RICEVERAI UNA E-MAIL CON L'INDICAZIONE DI UNA
PASSWORD CHE DOVRAI MODIFICARE AL PRIMO ACCESSO.

SCOPRI LA TUA AREA RISERVATA:

SEMPLICE, VELOCE E ATTIVA 24 ORE SU 24, 7 GIORNI SU 7

PER INFORMAZIONI



800.97.68.68



@areariservata@assimoco.it

ASSICREDIT – EXTRA LONG

Mod. ASSICREDIT EXTRA LONG A FI 02 ED. 05/17

Il presente Fascicolo Informativo si compone delle seguenti parti:

Nota Informativa Assimoco Vita S.p.A.

Nota Informativa Assimoco S.p.A.

Condizioni di Assicurazione comprensive di:

- **Condizioni generali di assicurazione**
- **Condizioni che regolano le garanzie assicurative**
- **Condizioni specifiche che regolano le singole garanzie - sezioni**
- **Allegato 1 - Informativa ai sensi dell' Art. 13 del D.LGS 30/06/2003 n. 196**
- **Allegato 2 - Dichiarazioni dell'Assicurando**
- **Allegato 3 – Dichiarazioni dell'Assicurando**
- **Allegato 4 - Accertamenti sanitari**
- **Allegato 5 - Modulo di “Denuncia di avvenuto di Sinistro” per le coperture offerte da Assimoco S.p.A.**

Glossario

Fac-simile della Proposta

Fac-simile della Scheda di Adesione

Pagina bianca per esigenze tipografiche

NOTA INFORMATIVA - ASSIMOCO VITA S.p.A.

La presente Nota Informativa è aggiornata alla data del 31 maggio 2017.

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

La Contraente e il Richiedente devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A) INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Assimoco Vita S.p.A. compagnia di assicurazione appartenente al Gruppo DZ Bank AG e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A., è una Società per Azioni con sede legale in Italia;
- b) L'indirizzo della Sede Legale e della Direzione Generale è: Centro Direzionale MILANO OLTRE - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE (MI), Italia;
- c) Numero Verde: 800-976868, Fax: 02-26962556, sito internet: www.assimoco.it, indirizzo e-mail: info@assimoco.it, indirizzo di posta elettronica certificata: assimocovita@legalmail.it;
- d) L'Impresa è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 23.10.1990 - G.U. n. 279 del 29.11.1990 ed iscritta all'albo delle imprese di assicurazione con numero di iscrizione 1.00092. Società facente parte del Gruppo Assimoco iscritto all'Albo Gruppi IVASS con n. 051.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il patrimonio netto totale della Società è pari a 128,2 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale è pari a 76 milioni di Euro; il totale delle riserve patrimoniali è pari a 45,6 milioni di Euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita che rappresenta il rapporto tra Fondi Propri e Requisito Patrimoniale di Solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 161,67%.

I dati sopra riportati sono relativi all'ultimo bilancio approvato, con riferimento all'esercizio 2016.

Si rinvia al sito internet della Società www.assimoco.it per l'aggiornamento annuale dei dati sopra riportati.

B) INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il presente contratto denominato **ASSICREDIT – EXTRA LONG** è un'assicurazione collettiva per il caso di morte a capitale decrescente a copertura delle persone fisiche titolari di finanziamenti o Garanti degli stessi, ovvero delle persone con Ruolo Rilevante nelle imprese individuali o Enti titolari dei contratti di finanziamento o Garanti (persone fisiche) degli stessi.

I predetti finanziamenti devono essere erogati a nuovo e avere una durata maggiore di 240 mesi e fino a 360 mesi.

Sono ricompresi i mutui ipotecari, i mutui chirografari, i finanziamenti afferenti al "credito ai consumatori" e i Finanziamenti a SAL (Stato Avanzamento Lavori) con le suddette caratteristiche. Per i Finanziamenti a SAL si farà riferimento alla data di erogazione dell'ultima tranche o in alternativa potrà essere stipulata una copertura per l'intero importo deliberato in occasione dell'erogazione della prima *tranche*.

L'assicurazione viene prestata sulla base della Convenzione appositamente stipulata tra Assimoco Vita S.p.A. che offre la presente copertura caso morte, Assimoco S.p.A. che offre le coperture meglio indicate nella Premessa alle Condizioni di Assicurazione e la Contraente, la quale agisce in nome e per conto dei singoli Richiedenti. La Convenzione riporta le condizioni specificatamente concordate tra le parti.

La durata della Convenzione viene fissata in base agli accordi intercorsi tra la Contraente e le Società; alla sua scadenza, salvo disdetta o diversa pattuizione, si rinnova automaticamente di anno in anno.

La copertura riferita al singolo Assicurato può avere una durata minima pari a 237 mesi e massima di 360 mesi in funzione della durata originaria del contratto di finanziamento.

La garanzia rimane in vigore per tutta la sua durata, a condizione che i premi dovuti risultino pagati. In caso di disdetta della Convenzione da parte della Contraente o delle Società, le garanzie in essere a tale data rimarranno in vigore fino alla loro scadenza.

In caso di recesso da parte del Richiedente dalle garanzie offerte da Assimoco S.p.A., la copertura caso morte offerta da Assimoco Vita S.p.A. resterà efficace fino alla data di scadenza e comunque previo pagamento dei premi annui pattuiti. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 23 delle Condizioni di Assicurazione.

Il Richiedente ha accesso alla presente copertura caso morte nonché alle coperture offerte da Assimoco S.p.A. e meglio specificate all'Art. 22 delle Condizioni di Assicurazione, se risulta titolare di una forma di finanziamento tra quelle elencate all'inizio del presente paragrafo, o ne è il Garante.

In particolare è assicurabile:

- il Richiedente stesso se persona fisica, coincidente con l'Assicurato;
- la persona fisica designata dal Richiedente (impresa individuale ed Ente) che ricopre un Ruolo Rilevante nell'organizzazione del Richiedente.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 21 delle condizioni generali che regolano le garanzie assicurative.

Le suddette persone fisiche sono altresì assicurabili a condizione che:

- abbiano aderito all'assicurazione sottoscrivendo la Scheda di Adesione;
- presentino all'atto della sottoscrizione del contratto un'Età Contrattuale compresa tra 18 e 50 anni; l'Età Contrattuale viene calcolata per anni interi, con arrotondamento all'anno superiore, qualora siano trascorsi sei mesi o più dalla data dell'ultimo compleanno;
- abbiano un'età alla scadenza della polizza non superiore a 70 anni anagrafici. A tale riguardo la copertura sarà ammessa solo in relazione a quei finanziamenti la cui data di scadenza non risulti successiva alla data di compimento del settantesimo anno di età anagrafica dell'Assicurato;
- siano state in grado di sottoscrivere le dichiarazioni contenute nella Scheda di Adesione relative allo stato di salute o, diversamente, si siano sottoposte agli accertamenti sanitari previsti con esito positivo;
- non svolgano una delle professioni non assicurabili indicate all'Art. 21.

Sono ammessi contratti di finanziamento sottoscritti congiuntamente da più persone, purché il numero di cointestatari che si assicura non sia superiore a due.

La copertura assicurativa potrà essere stipulata da un solo cointestatario (o Garante del finanziamento) per la totalità dell'importo o limitatamente ad una quota pari al 50%, ovvero da entrambi i firmatari (o Garante/Garanti) in proporzione (50% e 50%), sempre che, rispetto ad ognuno di essi, ricorrano le condizioni sopra elencate e fermi restando i limiti indicati all'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

Nel caso di Richiedente impresa individuale ed Ente, potranno essere ammesse in copertura al massimo due persone che rivestono un Ruolo Rilevante all'interno dell'organizzazione del Richiedente o che risultino essere Garanti (persone fisiche) dei finanziamenti stessi. Ne consegue che la copertura assicurativa potrà essere stipulata da una sola persona con Ruolo Rilevante/Garante per la totalità dell'importo, ovvero da due persone in proporzione (50% e 50%), sempre che, rispetto ad ognuna di esse, ricorrano le condizioni sopra elencate e fermi restando i limiti indicati all'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto prevede la seguente tipologia di prestazione:

a) Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia nel corso della durata della copertura, la Società garantisce al Beneficiario il pagamento del Capitale Assicurato al momento del decesso.

Il Capitale Assicurato quale risulta al momento del decesso consiste in un importo calcolato sulla base del Capitale Assicurato iniziale e della durata di polizza, secondo un piano di ammortamento alla francese a rate mensili costanti posticipate e con un TAN di riferimento pari a:

- 3,50% se il tan applicato al finanziamento è inferiore o uguale al 3,50%;
- 5,00% se il tan applicato al finanziamento è superiore al 3,50% ma inferiore o uguale al 5,00%;
- 6,50% se il tan applicato al finanziamento è superiore al 5,00%.

Si specifica che la Scheda di Adesione riporta il piano di decrescenza del Capitale Assicurato.

Qualora sia indicato un periodo di Preammortamento (fino ad un massimo di 12 mesi), il Capitale Assicurato rimane costante in tale periodo. Al termine di detto periodo il capitale comincia a decrescere in base al piano di decrescenza specificato nella Scheda di Adesione.

AVVERTENZE:

Qualora l'assicurazione venga abbinata a un finanziamento a rata costante e durata variabile, eventuali future variazioni del tasso di interesse del finanziamento potrebbero determinare una durata del finanziamento stesso superiore alla durata contrattuale della polizza. In ogni caso le coperture assicurative saranno operanti solo fino alla data di scadenza del contratto assicurativo, indipendentemente dalla durata del finanziamento.

Si rimanda all'Art. 28 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZE:

a) Esclusioni e limiti nella copertura

a1) Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali. Sono tuttavia esclusi dalla garanzia i casi di decesso illustrati all'Art. 24 delle Condizioni di Assicurazione.

a2) La copertura per il caso di morte cessa di operare in caso di pagamento di una prestazione al Richiedente nell'ambito della garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia offerta dalla Società Assimoco S.p.A. Si rimanda all'Art. 28 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

b) Sospensione pagamento premi

Qualora il Richiedente decida di sospendere il pagamento dei premi previsti, la garanzia assicurativa decade e i premi già versati restano acquisiti dalla Società.

c) Periodo di Carenza

In caso di emissione del contratto senza visita medica è previsto un **periodo di Carenza** di 90 giorni dalla data di decorrenza nel corso del quale la copertura non è operante. **In caso di decesso per Malattia, la Società corrisponde, in luogo del Capitale Assicurato, una somma limitata all'ammontare dei premi versati. L'Assicurato può tuttavia abrogare detto periodo di Carenza sottoponendosi a visita medica, con esito positivo.**

d) Periodo di carenza per infezione da H.I.V.

In caso di emissione del contratto senza visita medica e comunque in assenza del test per H.I.V. è previsto un periodo di Carenza di 5 anni dalla data di decorrenza nel corso del quale la copertura non è operante. Per i relativi dettagli si rimanda all'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

e) Operatività della copertura

Poiché il premio corrisposto, al netto della parte relativa ai costi del contratto, viene interamente utilizzato per far fronte ai rischi demografici (copertura del rischio di morte), **nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza della copertura.** A tale scadenza, infatti, se l'Assicurato sarà in vita, il contratto si estinguerà e i premi già versati resteranno acquisiti dalla Società.

f) Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero di teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi Capitali Assicurati.

Esempio

Un gruppo di 20 persone, tutte assicurate con una copertura Credit Protection Insurance, decede a seguito di uno stesso evento accidentale.

- Capitali assicurati
 - 10 persone con capitale assicurato pro-capite 50.000 = 500.000
 - 10 persone con capitale assicurato pro-capite 25.000 = 250.000
- Totale capitali assicurati = 750.000
- Capitale medio assicurato = $750.000 / 20 = 37.500$
- Importo massimo liquidabile per l'intero gruppo assicurato = $37.500 * 6 = 225.000$
- Importo liquidabile per ogni assicurati = $500.000 / 750.000 * 225.000 / 10 = 15.000$ Euro con capitale 50.000 euro
- Importo liquidabile per ogni assicurati = $250.000 / 750.000 * 225.000 / 10 = 7.500$ Euro con capitale 25.000 euro

È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Richiedente e dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento della prestazione. A tale proposito si richiama l'attenzione del Richiedente e dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Scheda di Adesione relative alle dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato stesso sul proprio stato di salute.

4. Premi

A fronte della garanzia prestata dal presente contratto sono dovuti premi annui anticipati per tutta la durata della copertura.

Il premio, che non può essere modificato dalla Società nel corso della durata contrattuale, è dovuto non oltre la scadenza della polizza e comunque non oltre la data di decesso dell'Assicurato o del riconoscimento dell'Invalità Permanente Totale dell'Assicurato stesso (garanzia offerta da Assimoco S.p.A.).

Poiché la Contraente agisce in nome e per conto dei singoli Richiedenti, il pagamento dei premi resta a carico degli stessi nella misura stabilita.

Il premio annuo a favore della Società deve essere corrisposto al competente soggetto abilitato in qualità di intermediario della Società stessa, mediante una delle seguenti modalità:

- addebito automatico sul conto corrente del Richiedente previa autorizzazione del titolare del conto corrente stesso, salvo buon fine. In caso di modifica o di chiusura di tale conto, al fine di garantire la continuità dei pagamenti successivi, il Richiedente è tenuto a comunicare la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza della rata di premio successiva;
- bonifico bancario.

L'entità del premio annuo varia in funzione:

- dell'Età Contrattuale dell'Assicurato;
- del TAN utilizzato per il calcolo del piano di decrescenza del capitale previsto dalla polizza;
- della durata della copertura assicurativa;
- dell'ammontare del capitale inizialmente richiesto a titolo di contratto di finanziamento.

Nel caso in cui sia previsto un periodo di Preammortamento (fino ad un massimo di 12 mesi), i premi dovuti in tale periodo saranno maggiorati di un importo variabile in funzione dei mesi di Preammortamento, del capitale inizialmente richiesto, nonché dell'Età Contrattuale dell'Assicurato.

La ricorrenza annuale di pagamento del premio annuo viene fissata ad una determinata data specificata nella Convenzione e riportata nella Scheda di Adesione.

In caso di entrate in copertura in date diverse dalla ricorrenza annuale prevista, si stabiliranno ratei di premio ottenuti riducendo il premio annuo in proporzione al periodo intercorrente tra la data di decorrenza e la ricorrenza medesima o tra l'ultima ricorrenza annuale e la data di scadenza della polizza.

AVVERTENZA

ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

In caso di trasferimento del finanziamento presso altro istituto di credito o di estinzione anticipata totale dello stesso, la Contraente o il Richiedente sono tenuti a darne tempestiva comunicazione alla Società. Conseguentemente, la copertura decade alla prima ricorrenza annua successiva a tale comunicazione. In alternativa, il Richiedente può chiedere che la garanzia rimanga in vigore fino alla scadenza della polizza eventualmente a favore di un nuovo Beneficiario designato, continuando a corrispondere i premi annui pattuiti.

In tal caso la copertura assicurativa rimarrà commisurata all'originario piano di decrescenza del Capitale Assicurato stabilito nella Scheda di Adesione.

ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

Nel caso in cui il Richiedente estingua in maniera parziale il contratto di finanziamento sottostante prima della data di scadenza dell'assicurazione, lo stesso ha facoltà/diritto di richiedere con comunicazione scritta da inviare alle Società:

- **la sostituzione del contratto in essere alla prima ricorrenza annua utile successiva alla richiesta. Per i relativi dettagli si rimanda all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione;**
- **la prosecuzione dell'assicurazione alle condizioni originariamente pattuite fino alla data di scadenza inizialmente prevista, continuando a corrispondere gli eventuali premi pattuiti.**

RINEGOZIAZIONE DEL FINANZIAMENTO

Nel caso in cui il Richiedente rinegozi il contratto di finanziamento sottostante prima della data di scadenza dell'assicurazione, la presente copertura assicurativa continua alle condizioni originariamente pattuite. In alternativa il Richiedente ha facoltà di chiedere, mediante comunicazione scritta da inviare alle Società, la sostituzione del contratto in essere.

Per i relativi dettagli si rimanda all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

Inoltre, in presenza di Richiedente impresa individuale o Ente, qualora si verifichi l'ipotesi di perdita dei requisiti di assicurabilità da parte dell'Assicurato (venir meno del Ruolo Rilevante), nei casi di sentenza dichiarativa di fallimento del Richiedente medesimo, cessazione dell'attività d'impresa o cessione del contratto di finanziamento ad altro soggetto la Contraente/il Richiedente ne dà comunicazione alla Società.

In tal caso la copertura decade alla prima ricorrenza annua successiva alla comunicazione dell'evento.

Per i dettagli si rimanda all'Art. 9 delle Condizioni di assicurazione.

Per tutti i costi a carico del Richiedente, nonché per la quota parte percepita in media dagli intermediari si rimanda alla successiva Sezione C.

C) INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1. Costi gravanti direttamente sul Richiedente

5.1.1. Costi gravanti sul premio

Su tutti i premi, a copertura di oneri e spese, risulta un costo pari al 50,00% del premio stesso al netto delle spese di amministrazione.

CARICAMENTO PERCENTUALE
50,00%

5.1.2. Spese di amministrazione

È previsto un costo fisso, a titolo di spese di amministrazione del contratto pari a 1,00 Euro su ogni premio annuo e rateo di premio annuo.

SPESE DI AMMINISTRAZIONE SUI PREMI ANNUI E RATEI DI PREMI ANNUI
1,00 Euro

5.1.3. Altri costi

In tutti i casi in cui l'assunzione del rischio comporti l'effettuazione di visite mediche o accertamenti a carattere sanitario, gli stessi potranno essere effettuati presso medici o strutture prescelte dall'Assicurato, con costo a suo carico.

Di seguito è riportata, la quota parte percepita in media, sia in valore assoluto (*) sia in valore percentuale, dagli intermediari in relazione alle suddette tipologie di costo.

COSTO	MISURA DI COSTO	QUOTA PARTE PERCEPITA IN MEDIA DAGLI INTERMEDIARI (VALORE PERCENTUALE)	QUOTA PARTE PERCEPITA IN MEDIA DAGLI INTERMEDIARI (VALORE ASSOLUTO)
Caricamento sul premio al netto delle spese di amministrazione	50,00%	60,00% del caricamento sul premio	57,90 Euro (**)
Spese di amministrazione	1,00 euro	Non prevista	Non prevista
Altri costi	Non quantificabili	Non prevista	Non prevista

(*) Il valore assoluto della quota parte percepita si riferisce ad un premio di 193,00 Euro al netto delle spese di amministrazione.

6. Sconti

Il contratto non prevede l'applicazione di alcun tipo di sconto.

7. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi corrisposti in esecuzione di contratti di assicurazione sulla vita sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detrazione fiscale dei premi

In caso di Richiedente persona fisica coincidente con l'Assicurato, i premi corrisposti relativamente alla copertura caso morte offerta da Assimoco Vita S.p.A. sono detraibili dalle imposte sul reddito dell'Assicurato medesimo alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla Legge.

Al momento della redazione della presente Nota Informativa la percentuale ed il limite massimo sono rispettivamente pari a 19,00% e a 530,00 Euro.

L'importo di 530,00 Euro è elevato a 750,00 Euro relativamente ai premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave come definita dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertata con le modalità di cui all'articolo 4 della medesima legge.

Nel plafond di detraibilità rientrano anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione d'imposta. Per i percettori di redditi di lavoro dipendente e assimilati, si tiene conto, ai fini del predetto limite, anche dei premi di assicurazione in relazione ai quali il datore di lavoro ha effettuato la detrazione in sede di ritenuta.

Tassazione delle somme assicurate

In base alla normativa fiscale vigente al momento della redazione della presente Nota Informativa, in caso di Richiedente persona fisica coincidente con l'Assicurato, le somme corrisposte in caso di morte dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

Per i soggetti che svolgono attività commerciale, qualora il bene strumentale sottostante il finanziamento rientri tra i beni d'impresa o dell'attività professionale, l'eventuale prestazione resa dalla Società concorre alla formazione del reddito imponibile e pertanto nessuna forma di tassazione è applicata dalla Società in fase di erogazione.

ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza della copertura assicurativa sono illustrate all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il Richiedente ha la facoltà di risolvere il contratto, sospendendo il pagamento dei premi.

In caso di risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi, la garanzia assicurativa decade e i premi versati relativi alle annualità precedenti restano acquisiti dalla Società.

Si rinvia all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Il contratto decaduto per mancato pagamento dei premi può tuttavia essere riattivato nei tempi e con le modalità descritte all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Riscatto e riduzione

Il contratto non prevede né un valore di riscatto né un valore di riduzione della prestazione.

11. Revoca della Proposta

L'eventuale Proposta sottoscritta è revocabile in qualunque momento prima della conclusione del contratto. La revoca ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione e si effettua a mezzo di lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: Assimoco Vita S.p.A. - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" – Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE (MI) o tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: assimocovita@legalmail.it.

12. Diritto di Recesso

Posto che in relazione alla Convenzione la contraenza è assunta in nome e per conto dei singoli Richiedenti, cui spetta l'onere del pagamento del premio, **il Richiedente medesimo ha diritto di recedere dal contratto entro sessanta giorni dal momento in cui lo stesso è concluso**, dandone comunicazione alla Direzione della Società ed alla Contraente con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: Assimoco Vita S.p.A. - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 – 20090 SEGRATE (MI), oppure tramite posta elettronica certificata (PEC) da inviare a assimocovita@legalmail.it

Il contratto si intende concluso a partire dalla data di sottoscrizione della Scheda di Adesione.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio della relativa raccomandata o dalla ricevuta di consegna rilasciata dal gestore del proprio account di posta elettronica certificata.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società rimborsa al Richiedente, previa consegna dell'originale della Scheda di Adesione e delle eventuali appendici, il premio da questi corrisposto diminuito delle spese di amministrazione di cui al punto 5.1.2. e della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

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

Per la liquidazione del capitale in caso di decesso dell'Assicurato il Beneficiario della prestazione è tenuto a presentare la documentazione indicata all'Art. 27 delle Condizioni di Assicurazione. Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società esegue il pagamento stesso entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa, comprensiva di quella necessaria all'individuazione di tutti i Beneficiari della prestazione.

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

Ogni pagamento viene effettuato tramite bonifico bancario sul conto corrente indicato dal Beneficiario.

ATTENZIONE: si ricorda che il Codice Civile (Art. 2952, comma 2) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

L'avverarsi della prescrizione comporta l'estinzione del relativo diritto, ai sensi dell'Art. 2934 del Codice Civile e la devoluzione (ai sensi dell'Art. 1, comma 345-quater, della legge 23 dicembre 2005 n. 266) degli importi dovuti ai beneficiari e non reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, al Fondo costituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'Art. 1, comma 343 della sopracitata legge 266.

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la Legge italiana.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto vengono redatti in lingua italiana, salvo che le Parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto mediante posta al seguente indirizzo: Assimoco Vita S.p.A. - Ufficio Reclami Vita - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE - MI, in alternativa via fax al numero 02.26962556 o via e-mail all'indirizzo: ufficioreclamivita@assimocovita.it

Prima di inoltrare un reclamo, è opportuno verificare sul sito istituzionale della Compagnia: www.assimoco.it, sezione dedicata ai Reclami, che i recapiti non siano cambiati.

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'Ufficio Reclami. Per poter dar seguito alla trattazione della pratica è necessario che il reclamo contenga:

- il numero di polizza o il numero di sinistro;
- il nome, il cognome e il domicilio del reclamante, con eventuale recapitotelefonico;
- l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la chiara e sintetica esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Sarà cura dell'Ufficio Reclami, effettuati gli opportuni approfondimenti e verifiche, fornire una risposta entro il termine massimo di quarantacinque giorni.

Compete ad Assimoco Vita S.p.A. anche la gestione dei reclami relativi ai comportamenti di un intermediario Agente, dei suoi dipendenti e collaboratori.

Spetta, invece, all'intermediario Banca (iscritto nella Sez. D del Registro Unico Intermediari) la gestione dei reclami che hanno ad oggetto i comportamenti dei suoi dipendenti o collaboratori, in particolare, quelli attuati in violazione delle regole di comportamento di cui agli artt. da 46 a 52 del Regolamento ISVAP n° 5/2006. In questo caso, l'esponente dovrà inoltrare il reclamo direttamente all'intermediario Banca ai recapiti indicati nel suo sito internet istituzionale. Sarà cura dell'intermediario Banca fornire risposta entro il termine di 45 giorni dal suo ricevimento.

È possibile trovare informazioni sulla gestione dei reclami, incluse le modalità di presentazione, le modalità di comunicazione e le tempistiche di risposta, anche nel modello 7B che viene consegnato dall'intermediario all'atto della sottoscrizione del contratto di polizza.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di mancata risposta entro il termine massimo di quarantacinque giorni potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, oppure trasmettere via fax al n. 06.42133206 o via posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo ivass@pec.ivass.it

È possibile, inoltre, presentare direttamente all'IVASS:

1. i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle Assicurazioni Private) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis, del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
2. i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari. In tali casi è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm).

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- il nome, il cognome e il domicilio del reclamante, con eventuale recapitotelefonico;
- l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- la copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito www.ivass.it alla sezione "Guida ai Reclami", ove è anche possibile trovare il modulo che l'esponente può utilizzare.

Si evidenzia inoltre che, in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

Mediazione (obbligatoria)

Nel caso di controversia insorta in tema di contratti assicurativi, bancari e finanziari il decreto legislativo 4 marzo 2010 n. 28 ha reso obbligatorio l'esperienza del tentativo di mediazione come condizione di procedibilità dell'eventuale giudizio. La Mediazione è un procedimento di composizione stragiudiziale delle controversie che si svolge alla presenza di un professionista terzo (mediatore) con la finalità di ricercare un accordo amichevole attuabile anche attraverso la formulazione di una proposta per la risoluzione della lite. La richiesta di Mediazione deve obbligatoriamente essere attivata, prima dell'introduzione di un processo civile, rivolgendosi ad uno degli Organismi di Mediazione iscritti nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia (www.mediazione.giustizia.it). Il procedimento di mediazione ha una durata massima stabilita dalla legge di tre mesi.

Negoziazione assistita (facoltativa)

È una modalità alternativa di soluzione delle controversie regolata dalla Legge 10 novembre 2014 n. 162, in vigore dal 9 febbraio 2015, che ha introdotto la possibilità di tentare la conciliazione amichevole prima di iniziare una causa con cui si intenda chiedere un pagamento a qualsiasi titolo di somme non superiori a € 50.000,00. La parte che sceglie di affidarsi alla procedura invia alla controparte, obbligatoriamente tramite il proprio legale, un invito a stipulare la convenzione di negoziazione. La controparte deve rispondere entro 30 giorni dal ricevimento dell'invito indicando la propria volontà di aderire o meno al procedimento e, nell'ipotesi negativa, specificandone la motivazione. Se l'invito è accettato, si perviene allo svolgimento della negoziazione vera e propria, la quale può avere esito positivo o negativo. In quest'ultimo caso, gli avvocati designati dovranno redigere la dichiarazione di mancato accordo. Nel primo caso, invece, quando l'accordo è raggiunto, lo stesso deve essere sottoscritto dalle parti e dagli avvocati che le assistono.

Si evidenzia che, in caso di ipotesi di esito negativo della negoziazione assistita, permane l'obbligo di ricorrere al sistema della Mediazione quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

17. Comunicazioni del Richiedente alla Società (variazione di professione)

Come previsto dall'Art. 1926 del Codice Civile il Richiedente deve comunicare alla Società ogni cambiamento di professione dell'Assicurato che intervenga nel corso della durata contrattuale, qualora la nuova professione rientri tra quelle indicate all'Art. 21 delle Condizioni di Assicurazione. La comunicazione dovrà essere inviata con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: Assimoco Vita S.p.A. - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 – 20090 SEGRATE (MI), oppure tramite posta elettronica certificata (PEC) da inviare a assimocovita@legalmail.it

18. Conflitto di interessi

La Società si è dotata di presidi per il monitoraggio continuativo della presenza di situazioni di conflitto di interesse, originate anche da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società di gruppo, nonché idonee procedure volte alla loro gestione. Tutte le operazioni di investimento collegate, direttamente o indirettamente, a controparti qualificate come parti correlate, ai sensi della normativa vigente, sono soggette a precise regole procedurali e limiti, formalizzati in apposita delibera.

In ogni caso la Società, pur in presenza di situazioni di conflitto di interesse, opera in modo da non recare pregiudizio alla Contraente e s'impegna ad ottenere per la stessa Contraente il miglior risultato possibile.

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

**Assimoco Vita S.p.A.
Il Rappresentante Legale
Paul Gasser**



NOTA INFORMATIVA - ASSIMOCO S.p.A.

La presente Nota Informativa è aggiornata alla data del 31 Maggio 2017.

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

La Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- ASSIMOCO S.p.A. Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni Movimento Cooperativo S.p.A. appartiene al Gruppo DZ Bank AG e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A.;
- Sede Legale e Direzione Generale: Via Cassanese n. 224, Centro Direzionale "Milano Oltre" - Palazzo Giotto, 20090 Segrate (MI) Italia;
- Tel. 02/269621 - Fax 02/26920266, Sito Internet: www.assimoco.com; indirizzo e-mail: info@assimoco.it indirizzo di posta elettronica certificata: assimoco@legalmail.it;
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 11 giugno 1979 - Gazzetta Ufficiale n. 195 del 18 luglio 1979. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n.1.00051. Società facente parte del Gruppo Assimoco iscritto all'Albo IVASS con n. 051.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto:	€	137.212.293,71
Capitale Sociale:	€	107.000.000,00
Riserve Patrimoniali:	€	8.779.847,80
Indice di Solvibilità (*):		2,78

(*) tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il presente contratto, la cui sottoscrizione è facoltativa, denominato **ASSICREDIT – EXTRA LONG** è un'assicurazione collettiva a copertura delle prestazioni assicurative sotto indicate abbinata ad un contratto di finanziamento sottostante.

GARANZIA DI CAPITALE - SEZIONE B

GARANZIA SEMPRE OPERANTE INDIPENDENTEMENTE DALLO STATO LAVORATIVO DELL'ASSICURATO

SEZIONE B - Invalidità Permanente Totale: viene indennizzato l'importo del Capitale Assicurato qualora l'infortunio e/o la malattia comportino la perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Il capitale liquidato sarà quello indicato nel piano di decrescenza allegato al contratto alla data dell'infortunio o, in caso di malattia, quello alla data di richiesta effettuata dall'Assicurato agli Enti preposti alla certificazione dell'invalidità totale.

GARANZIA DI RATA - SEZIONI C/D/E

CIASCUNA GARANZIA È OPERANTE ESCLUSIVAMENTE IN FUNZIONE DELLO STATO LAVORATIVO DICHIARATO DALL'ASSICURATO

SEZIONE C) STATO LAVORATIVO DI LAVORATORE AUTONOMO E/O LAVORATORE DIPENDENTE DEL PUBBLICO IMPIEGO: in caso di **Inabilità Temporanea Totale** conseguente ad infortunio e/o malattia viene liquidato l'importo della Rata Mensile indicato nel contratto.

SEZIONE D) STATO LAVORATIVO DI LAVORATORE DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO: in caso di **Perdita Involontaria d'Impiego** conseguente al licenziamento per giustificato motivo oggettivo viene liquidato l'importo della Rata Mensile indicata nel contratto.

SEZIONE E) STATO DI NON LAVORATORE: in caso di **Ricovero Ospedaliero** conseguente ad infortunio e/o malattia viene liquidato l'importo della Rata Mensile indicata nel contratto.

CIASCUNA SEZIONE È ATTIVABILE UNIVOCAMENTE PER LO STATO LAVORATIVO CORRISPONDENTE E DICHIARATO AL MOMENTO DELLA STIPULAZIONE, MENTRE È ESCLUSA L'ATTIVAZIONE CONTEMPORANEA DI PIÙ SEZIONI.

Per gli aspetti di dettaglio sulle caratteristiche della prestazione assicurativa si rimanda agli Artt. 31, 33, 35 e 37 delle Condizioni Specifiche che Regolano le Garanzie Assicurative.

AVVERTENZA: il contratto è stipulabile da una persona fisica, ovvero da persona fisica con Ruolo Rilevante designata da Impresa individuale e/o Ente in possesso dei requisiti di assicurabilità previsti dal contratto di assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 21 "Requisiti di assicurabilità".

AVVERTENZA: le Garanzie offerte e la loro Operatività sono regolate da specifiche condizioni. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Artt. 22 "Garanzie assicurative offerte" e 23 "Operatività delle garanzie assicurative offerte".

AVVERTENZA: il contratto prevede delle Esclusioni, cioè alcuni eventi non coperti dall'assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 24 "Rischi esclusi dall'assicurazione".

AVVERTENZA: la Durata dell'assicurazione è pari a quella del finanziamento sottostante, espressa in mesi, con il minimo di 237 mesi ed il massimo di 360 mesi. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 1 "Durata della copertura assicurativa".

AVVERTENZA: l'assicurazione è sempre abbinata ad un Finanziamento sottostante con specifiche caratteristiche. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 2 "Caratteristiche dei contratti di finanziamento sottostanti".

AVVERTENZA: qualora l'assicurazione venga abbinata a un finanziamento a rata costante e durata variabile, eventuali future variazioni del tasso di interesse del finanziamento potrebbero determinare una durata del finanziamento stesso superiore alla durata contrattuale della polizza. In ogni caso le coperture assicurative saranno operanti solo fino alla data di scadenza del contratto assicurativo, indipendentemente dalla durata del finanziamento.

AVVERTENZA: il Capitale Assicurato e la Rata Mensile Protetta da liquidare al Richiedente prevedono uno specifico metodo di applicazione e calcolo. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 3 "Capitale Iniziale Assicurato e Rata Mensile Protetta / Modalità di applicazione e calcolo".

AVVERTENZA: il contratto prevede la compilazione di un Questionario Assuntivo prima del suo perfezionamento in cui l'Assicurato deve comunicare le informazioni necessarie alla valutazione del suo stato di salute al momento della stipulazione. È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare, in caso di sinistro, contestazioni della Società che potrebbero pregiudicare il diritto ad ottenere il pagamento della prestazione. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Artt. 4 "Valutazione dello Stato di Salute/Proposta di assicurazione" e 12 "Dichiarazioni dell'Assicurato".

AVVERTENZA: il contratto prevede il Diritto di Recesso a favore del Richiedente entro 60 giorni dalla sua stipulazione/conclusione. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all’Art. 8 “Diritto di recesso del Richiedente”.

AVVERTENZA: il contratto prevede specifiche clausole di Decadenza e/o Sospensione dell’assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all’Art. 9 “Decadenza e/o sospensione dell’assicurazione”.

AVVERTENZA: il contratto prevede l’applicazione di una Franchigia, parte del danno indennizzabile a termini di polizza, espressa in valore assoluto, che rimane a carico del Richiedente.

ESEMPI DI APPLICAZIONE DELLE FRANCHIGIE:

Franchigia per Garanzia di Capitale - Sezione B)

Franchigia applicata in percentuale	Percentuale di IPT accertata	Indennizzo riconosciuto
Inferiore o uguale al 59%	48%	Nessuno
Inferiore o uguale al 59%	65%	100% del Capitale (*)
(*) in caso di IPT da infortunio sarà liquidato il capitale previsto dal piano di decrescenza (allegato al contratto) alla data dell’infortunio		
(*) in caso di IPT da malattia sarà liquidato il capitale previsto dal piano di decrescenza (allegato al contratto) alla data della richiesta effettuata dall’Assicurato agli enti preposti alla certificazione dell’IPT		

Franchigia per Garanzia di Rata - Sezioni C/D/E)

Franchigia applicata in giorni	Periodo di ITT/PII/RO accertato	Indennizzo riconosciuto
ITT/PII 30 giorni consecutivi	15 giorni	Nessuno
ITT/PII 30 giorni consecutivi	90 giorni	Vedi AVVERTENZA
RO 7 giorni consecutivi	4 giorni	Nessuno
RO 7 giorni consecutivi	15 giorni	Vedi AVVERTENZA

AVVERTENZA: il Capitale Assicurato corrisponde all’indennizzo che la Società liquida al Richiedente alla data dell’infortunio o della richiesta agli Enti preposti alla certificazione dell’Invalidità Permanente Totale - SEZIONE B).

Capitale Iniziale Assicurato al momento della stipulazione	Capitale risultante dal piano di decrescenza alla data dell’infortunio o della richiesta agli enti preposti	Indennizzo Liquidato
100.000,00	75.000,00	75.000,00

AVVERTENZA: la Rata Mensile Protetta corrisponde all’indennizzo che la Società liquida al Richiedente al momento del sinistro per una delle coperture previste alle SEZIONI C/D/E. Il calcolo dell’indennizzo è effettuato applicando le seguenti modalità:

Liquidazione del Primo indennizzo

- Superata la franchigia, qualora il periodo di ITT/PII/RO accertato terminasse prima della successiva scadenza della Rata Mensile Protetta, la Società riconoscerà un indennizzo pro rata temporis. Pertanto, ogni giorno di ITT/PII/RO compreso tra il termine del periodo di franchigia e la data di scadenza della rata predetta, verrà riconosciuta una somma pari ad 1/30 dell’ammontare della rata mensile, capitale ed interessi inclusi.
- Superata la franchigia, qualora il periodo di ITT/PII/RO accertato comprenda la successiva data di scadenza della Rata Mensile Protetta, la Società riconoscerà un indennizzo pari all’ammontare di quest’ultima rata, capitale ed interessi inclusi.

Liquidazione degli indennizzi successivi al primo.

c) Una volta computato il primo indennizzo, per ogni successiva ulteriore Rata Mensile Protetta con scadenza nel periodo di ITT/PII/RO comprovato, la Società riconoscerà di volta in volta un indennizzo pari all'ammontare delle rate stesse, capitale ed interessi inclusi.

4. Periodo di Carenza contrattuale

AVVERTENZA: il contratto prevede un periodo di Carenza contrattuale. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 11 "Carenza contrattuale".

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario Assuntivo - Nullità

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione come previsto agli Artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 12 "Dichiarazioni dell'Assicurato".

AVVERTENZA: poiché la stipulazione dell'assicurazione è vincolata alla compilazione di un Questionario Assuntivo, l'Assicurato deve prenderne visione e compilarlo in ogni sua parte, rispondendo a ciascuna domanda senza omettere alcuna risposta. L'omessa e/o reticente compilazione del Questionario Assuntivo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Artt. 4 "Valutazione dello Stato di Salute/Proposta di assicurazione" e 12 "Dichiarazioni dell'Assicurato".

6. Aggravamento e diminuzione del rischio - Variazione dello Stato Lavorativo

AVVERTENZA: nel contratto trova applicazione quanto disposto dagli Artt. 1897 e 1898 del Codice Civile. In particolare, ai sensi dell'Art. 1898, l'Assicurato deve comunicare tempestivamente lo svolgimento di una delle professioni non assicurabili ai sensi del contratto. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 21 "Requisiti di assicurabilità".

Esempio: una delle circostanze che può comportare la modifica del rischio è il cambio della professione esercitata da marinaio a palombaro, quest'ultima rientrando tra quelle non assicurabili.

AVVERTENZA: qualora nel corso della durata della copertura l'Assicurato modifichi lo Stato Lavorativo dichiarato al momento della stipulazione, ha la facoltà di richiedere l'annullamento del contratto o la prosecuzione della garanzia richiedendo la copertura corrispondente al nuovo Stato Lavorativo. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 23 "Operatività delle garanzie assicurative offerte".

7. Premio

È previsto il pagamento di un premio annuale dovuto fino e non oltre la scadenza del contratto e comunque non oltre la data di decesso dell'Assicurato o del riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato stesso (garanzia offerta da Assimoco S.p.A.).

Il premio annuo a favore della Società deve essere corrisposto al competente soggetto abilitato in qualità di intermediario della Società stessa, mediante una delle seguenti modalità:

- addebito automatico sul conto corrente del Richiedente previa autorizzazione del titolare del conto corrente stesso, salvo buon fine. In caso di modifica o di chiusura di tale conto, al fine di garantire la continuità dei pagamenti successivi, il Richiedente è tenuto a comunicare la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza della rata di premio successiva;
- bonifico bancario.

AVVERTENZA: in caso di trasferimento e estinzione anticipata (totale o parziale) del contratto di finanziamento sottostante, la Contraente o il Richiedente sono tenuti a darne tempestiva comunicazione alla Società. Conseguentemente la copertura decade alla prima ricorrenza annuale successiva a tale comunicazione. In alternativa il Richiedente può chiedere che la garanzia rimanga in vigore fino alla data di scadenza del contratto eventualmente a favore di un nuovo Beneficiario designato. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 9 "Decadenza e/o sospensione dell'assicurazione".

AVVERTENZA: nel caso in cui il Richiedente rinegozi il contratto di finanziamento sottostante prima della data di scadenza dell'assicurazione, la presente copertura assicurativa continua alle condizioni originariamente pattuite.

In alternativa il Richiedente ha facoltà di chiedere, mediante comunicazione scritta da inviare alle Società, la sostituzione del contratto in essere. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 9 "Decadenza e/o sospensione dell'assicurazione".

7.1 - Costi gravanti direttamente sul Richiedente

Sul premio corrisposto dal Richiedente, a titolo di costi di acquisizione ed amministrazione, è applicato un costo complessivo a carico dello stesso in misura pari al 50,00% (cinquanta per cento), come da prospetto esemplificativo indicato nella seguente tabella:

COSTI ESPRESSI IN PERCENTUALE	
COSTO A CARICO DEL RICHIEDENTE	QUOTA PARTE PERCEPITA DALL'INTERMEDIARIO
50,00%	60,00% del 50,00%

COSTI IN EURO ESPRESSI IN AMMONTARE			
Premi riferiti all'ultimo esercizio contabile			
Premio annuo	395,11	197,56	118,53

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non trova applicazione nel presente contratto.

9. Diritto di recesso

Il Richiedente ha diritto di recedere dal contratto entro sessanta giorni dal momento in cui lo stesso è concluso, dandone comunicazione alla Direzione della Società ed alla Contraente con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: Assimoco S.p.A. - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 Segrate (MI), oppure tramite Posta Elettronica Certificata da inviare a assimoco@legalmail.it.

Il contratto si intende concluso a partire dalla data di sottoscrizione della Scheda di Adesione.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio della relativa raccomandata o dalla ricevuta di consegna rilasciata dal gestore del proprio account di posta elettronica certificata

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società rimborsa al Richiedente, previa consegna dell'originale della Scheda di Adesione e delle eventuali appendici, il premio (al netto delle imposte) da questi corrisposto diminuito della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 8 "Diritto di recesso dell'Assicurato".

AVVERTENZA: Revoca della Proposta: l'eventuale Proposta sottoscritta è revocabile in qualunque momento prima della conclusione del contratto. La revoca ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione e si effettua a mezzo di lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: Assimoco S.p.A. - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 Segrate (MI) o a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo: assimoco@legalmail.it. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca della Proposta, la Società rimborsa al Richiedente il premio (al netto delle imposte) da questi eventualmente corrisposto. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Artt. 4 "Valutazione dello stato di salute / Proposta di assicurazione" e 9 "Decadenza e/o sospensione dell'assicurazione".

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale

12.1 - Imposte sui premi

L'aliquota fiscale prevista per i premi riferiti a tutte le garanzie prestate da Assimoco Spa è del 2,50%.

12.2 - Detrazione fiscale dei premi: i premi corrisposti relativamente alla copertura Invalidità Permanente Totale sono detraibili dalle imposte sul reddito dell'Assicurato medesimo alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla Legge vigente. Per i percettori di redditi di lavoro dipendente e assimilati, si tiene conto, ai fini del predetto limite, anche dei premi di assicurazione in relazione ai quali il datore di lavoro ha effettuato la detrazione in sede di ritenuta.

12.3 - Tassazione delle somme assicurate

In base alla vigente normativa fiscale, in caso di Richiedente persona fisica coincidente con l'Assicurato, le somme corrisposte in caso di morte dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Tutti i sinistri che si verificano in relazione ai diversi rischi assicurati devono essere comunicati all'intermediario che ha rilasciato la Polizza oppure alla Società. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 27 "Denuncia del sinistro ed obblighi relativi.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti la gestione del rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, al seguente indirizzo: Assimoco S.p.A. - Ufficio Reclami Premi e Gestione - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE MI, in alternativa via fax al numero 02-2696.2466, o via e-mail all'indirizzo: ufficioreclamipremi@assimoco.it.

Eventuali reclami riguardanti la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, al seguente indirizzo: Assimoco S.p.A. - Ufficio Reclami Sinistri - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE MI, in alternativa via fax al numero 02-2696.2405, o via e-mail all'indirizzo: ufficioreclamisinistri@assimoco.it

Prima di inoltrare un reclamo, è opportuno verificare sul sito istituzionale della Compagnia: www.assimoco.it sezione dedicata ai Reclami, che i recapiti non siano cambiati.

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'Ufficio Reclami.

Per poter dar seguito alla trattazione della pratica è necessario che il reclamo contenga:

- il numero di polizza o il numero di sinistro;
- il nome, il cognome e il domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la chiara e sintetica esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Sarà cura dell'Ufficio Reclami, effettuati gli opportuni approfondimenti e verifiche, fornire una risposta entro il termine massimo di quarantacinque giorni.

Ricordiamo che la gestione dei reclami relativi ai comportamenti di un intermediario Agente, dei suoi dipendenti e collaboratori, compete ad Assimoco S.p.A..

Spetta, invece, all'intermediario Banca (iscritto nella Sez. D del Registro Unico Intermediari) la gestione dei reclami che hanno ad oggetto i comportamenti dei suoi dipendenti o collaboratori, in particolare, quelli attuati in violazione delle regole di comportamento di cui agli artt. da 46 a 52 del Regolamento ISVAP n° 5/2006. In questo caso, l'esponente dovrà inoltrare il reclamo direttamente all'intermediario Banca ai recapiti indicati nel suo sito internet istituzionale. Sarà cura dell'intermediario Banca fornire risposta entro il termine di 45 giorni dal suo ricevimento.

È possibile trovare informazioni sulla gestione dei reclami, incluse le modalità di presentazione, le modalità di comunicazione e le tempistiche di risposta, anche nel modello 7B che viene consegnato dall'intermediario all'atto della sottoscrizione del contratto di polizza.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di mancata risposta nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'Autorità di Vigilanza inoltrando il reclamo a: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, oppure trasmettendolo via fax al numero 06-42.133.206, o via posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: ivass@pec.ivass.it.

Il reclamo indirizzato ad IVASS deve contenere:

- il nome, il cognome e il domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- una breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- la copia del reclamo presentato alla compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito www.ivass.it alla sezione "Guida ai Reclami", ove è anche possibile trovare il modulo che l'esponente può utilizzare.

Eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro, ma relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi, possono essere presentati direttamente all'IVASS secondo le modalità sopra indicate. Si evidenzia inoltre che, in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

Rientrano tra i sistemi alternativi:

Mediazione

Nel caso di controversia insorta in tema di contratti assicurativi, bancari e finanziari il decreto legislativo 4 marzo 2010 n. 28 ha reso obbligatorio l'esperimento del tentativo di mediazione come condizione di procedibilità dell'eventuale giudizio. La Mediazione è un procedimento di composizione stragiudiziale delle controversie che si svolge alla presenza di un professionista terzo (mediatore) con la finalità di ricercare un accordo amichevole attuabile anche attraverso la formulazione di una proposta per la risoluzione della lite. La richiesta di Mediazione deve obbligatoriamente essere attivata, prima dell'introduzione di un processo civile, rivolgendosi ad uno degli Organismi di Mediazione iscritti nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia (www.mediazione.giustizia.it). Il procedimento di mediazione ha una durata massima stabilita dalla legge di tre mesi.

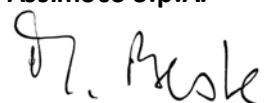
15. Arbitrato

Il contratto prevede che le parti possano devolvere la risoluzione di una controversia tra di essi insorta per l'accertamento del danno ad un collegio di periti e/o arbitri.

AVVERTENZA: resta comunque ferma la possibilità del Richiedente/Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

Martin Beste
Amministratore delegato
Assimoco S.p.A.



PREMESSA

Le Compagnie Assimoco Vita S.p.A. e Assimoco S.p.A. offrono la presente assicurazione al titolare di un finanziamento o Garante dello stesso, stipulato con la Banca Contraente o con un'altra società, purché sottoscritto presso la Banca Contraente.

Il Richiedente acquista un pacchetto formato dalle garanzie meglio descritte all'interno delle Condizioni di assicurazione nelle specifiche Sezioni sotto indicate:

Garanzia di Capitale Assimoco Vita S.p.A.

Sezione A) - Decesso

Garanzia di Capitale Assimoco S.p.A.

Sezione B) - Invalidità Permanente Totale (in breve IPT)

Garanzie di Rata Assimoco S.p.A.

Sezione C) - Inabilità Temporanea Totale (in breve ITT)

Sezione D) - Perdita Involontaria di Impiego (in breve PII)

Sezione E) - Ricovero Ospedaliero (in breve RO)

Le garanzie sono acquistabili dal Richiedente in qualità di soggetto:

- I) Persona fisica;
- II) Impresa individuale e/o Ente.

Per le Persone Fisiche ciascuna Garanzia di Rata è obbligatoriamente abbinata allo Stato Lavorativo dichiarato al momento della stipulazione dell'assicurazione.

In funzione della qualifica e dello Stato Lavorativo del Richiedente le garanzie sono abbinare secondo lo schema che segue:

Richiedente	Stato Lavorativo	Assimoco Vita S.p.A.	Assimoco S.p.A.			
			Sezione A	Sezione B	Sezione C	Sezione D
Persona fisica	Lavoratore autonomo/Dipendente del Pubblico Impegno	Decesso	IPT	ITT	=====	=====
Persona fisica	Lavoratore dipendente del settore privato	Decesso	IPT	=====	PII	=====
Persona fisica	Non lavoratore	Decesso	IPT	=====	=====	RO
Impresa individuale/Ente	Non richiesto	Decesso	IPT	ITT	=====	=====

Le garanzie sono prestate individualmente da Assimoco S.p.A. e Assimoco Vita S.p.A. Ognuna delle due Società assume esclusivamente la responsabilità di esecuzione delle prestazioni alla stessa imputabili, senza che vi sia solidarietà tra le due parti nell'esecuzione delle prestazioni riferibili all'altra parte.

L'assicurazione è normata dalle:

- CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
- CONDIZIONI CHE REGOLANO LE GARANZIE ASSICURATIVE
- CONDIZIONI SPECIFICHE CHE REGOLANO LE SINGOLE GARANZIE - SEZIONI

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 31 maggio 2017.

ART. 1 - DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La durata dell'assicurazione viene fissata in funzione della durata del finanziamento sottostante ed è espressa in mesi, con un minimo di 237 mesi e un massimo di 360 mesi.

La durata dell'assicurazione deve essere fissata in mesi interi in base alle regole indicate al successivo Art. 6. Fatte salve la facoltà di recesso del Richiedente e le condizioni di decadenza previste ai successivi Artt. 8 e 9, la copertura cesserà automaticamente alle ore 24 della data di scadenza indicata nel contratto, senza obbligo di disdetta tra le parti.

ART. 2 - CARATTERISTICHE DEI CONTRATTI DI FINANZIAMENTO SOTTOSTANTI

La copertura assicurativa è prestata in abbinamento a contratti di finanziamento erogati a nuovo con le caratteristiche che seguono.

Tipologie di finanziamento

Sono ammessi mutui ipotecari, mutui chirografari, finanziamenti afferenti al "credito ai consumatori", mutui a SAL (Stato Avanzamento Lavori).

Per i mutui a SAL si farà riferimento alla data di erogazione dell'ultima tranche o, in alternativa, potrà essere stipulata una copertura per l'intero importo deliberato in occasione dell'erogazione della prima tranche.

Non sono abbinabili al contratto i finanziamenti che prevedono una Maxi Rata Finale.

Qualora l'assicurazione venga abbinata a un finanziamento a rata costante e durata variabile, eventuali future variazioni del tasso di interesse del finanziamento potrebbero determinare una durata del finanziamento stesso superiore alla durata contrattuale della polizza. In ogni caso le coperture assicurative saranno operanti solo fino alla data di scadenza del contratto assicurativo, indipendentemente dalla durata del finanziamento.

Durata

Finanziamenti di durata maggiore di 240 mesi e fino a 360 mesi.

Importo massimo

Sono ammessi finanziamenti di importo non superiore a 400.000,00 Euro. In caso di finanziamenti cointestati detto limite viene elevato a 600.000,00 Euro.

ART. 3 - CAPITALE ASSICURATO INIZIALE E RATA MENSILE PROTETTA / MODALITÀ DI APPLICAZIONE E CALCOLO

Ai fini dell'assicurazione il Capitale Assicurato Iniziale è pari all'importo del finanziamento sottostante, comprensivo delle eventuali spese accessorie.

Il Capitale Assicurato Iniziale viene preso a riferimento sia per la determinazione della prestazione di capitale riferita alle SEZIONI A e B sia per la determinazione della prestazione di rata (RATA MENSILE PROTETTA) riferita alle SEZIONI C, D ed E entrambi calcolati per tutta la durata della copertura assicurativa in base ad un piano di ammortamento alla francese a rate mensili costanti posticipate e con un TAN di riferimento pari a:

- 3,50% se il TAN applicato al finanziamento è inferiore o uguale al 3,50%;
- 5,00% se il TAN applicato al finanziamento è superiore al 3,50% ma inferiore o uguale al 5,00%;
- 6,50% se il TAN applicato al finanziamento è superiore al 5,00%.

Qualora sia indicato un periodo di Preammortamento (fino ad un massimo di 12 mesi), il Capitale Assicurato Iniziale rimane costante in tale periodo. Al termine di detto periodo il capitale comincia a decrescere in base al piano di decrescenza specificato nella Scheda di Adesione.

I due importi - Capitale Assicurato iniziale e Rata Mensile Protetta - riportati nella Scheda di Adesione, risultano pertanto univocamente determinati e non subiscono modifiche nel tempo anche in caso di variazione del tasso di interesse applicato in relazione al finanziamento sottostante.

L'importo del Capitale Assicurato iniziale **non potrà eccedere** i seguenti limiti:

- 400.000,00 Euro per finanziamenti erogati a impresa individuale o Ente in riferimento ai quali si assicuri un solo soggetto con Ruolo Rilevante/Garante o finanziamenti erogati a persona fisica e non cointestati in riferimento ai quali si assicuri il titolare/Garante;
- 300.000,00 Euro per singolo cointestatario o Garante in caso di finanziamento erogato a persone fisiche e cointestato (massimo 2 soggetti al 50%). Qualora si assicuri un solo soggetto cointestatario/Garante per l'intera quota disponibile, il limite massimo di Capitale Assicurato iniziale è pari a 400.000,00 Euro;
- 200.000,00 Euro per singolo assicurato in caso di finanziamento erogato a impresa individuale o Ente in riferimento al quale si assicurino due soggetti con Ruolo Rilevante o Garanti (massimo 2 soggetti al 50%).

Nel caso di sottoscrizione di più contratti assicurativi Credit Protection Insurance da parte della medesima persona fisica, il Capitale massimo assicurabile per l'insieme di tutti i contratti non potrà essere superiore a **400.000,00 Euro**.

In riferimento alla Rata Mensile Protetta di cui alle SEZIONI C, D, E l'importo massimo erogabile è pari a **2.000,00 Euro per ciascuna rata**.

ART. 4 - VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE / PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Le Società prestano l'assicurazione in base alla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato mediante la compilazione dei Questionari Assuntivi di cui agli Allegati 2 e 3 alle presenti Condizioni di Assicurazione, che forma parte integrante del contratto.

In particolare, ai fini del perfezionamento del contratto sono previste le seguenti modalità di valutazione sanitaria del rischio:

- per importo di Capitale Assicurato Iniziale fino a Euro 65.000,00, l'Assicurato deve obbligatoriamente compilare e sottoscrivere il Questionario Assuntivo di cui all'Allegato 2 alle presenti Condizioni di Assicurazione, rendendo le dichiarazioni relative allo stato di salute;
- per importo di Capitale Assicurato Iniziale superiore a Euro 65.000,00 e fino a Euro 300.000,00, l'Assicurato deve obbligatoriamente compilare e sottoscrivere il Questionario Assuntivo di cui all'Allegato 3 alle presenti Condizioni di Assicurazione, rendendo le dichiarazioni relative allo stato di salute;
- per importo di Capitale Assicurato iniziale superiore a Euro 300.000,00 e fino a Euro 400.000,00, l'Assicurato deve obbligatoriamente compilare e sottoscrivere il Questionario Assuntivo di cui all'Allegato 3 alle presenti Condizioni di Assicurazione, la Proposta di Assicurazione e fornire il "RAPPORTO DI VISITA MEDICA" comprensivo degli accertamenti sanitari di cui all'Allegato 4 alle presenti Condizioni di Assicurazione.

Nel caso in cui dalle dichiarazioni fornite nel Questionario Assuntivo emergano circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, l'Assicurato dovrà sottoscrivere la Proposta di Assicurazione e fornire la documentazione medica/accertamenti sanitari previsti.

Le Società avranno facoltà di richiedere tutti gli ulteriori accertamenti sanitari ritenuti necessari per la corretta valutazione del rischio e di accettare o rifiutare la Proposta di Assicurazione sottoscritta dall'Assicurato.

Nella quantificazione dei capitali assicurati sopra riportati si farà riferimento alla somma del Capitale Assicurato iniziale previsto al momento della sottoscrizione della presente polizza e di altre coperture assicurative puro rischio già in essere con Assimoco Vita S.p.A. e/o altre coperture Credit Protection con riferimento alla garanzia Invalidità Permanente Totale in essere con Assimoco S.p.A.

Qualora il cumulo dei capitali assicurati sotto rischio ecceda il predetto limite massimo di capitale pari a 400.000,00 Euro, la valutazione dell'assumibilità del rischio è riservata alle Direzioni delle Società.

Anche nei casi non espressamente previsti dalle Società, è facoltà dell'Assicurando richiedere, con costi a proprio carico e in una struttura medica a propria scelta, di essere sottoposto a visita medica al fine di certificare il buono stato di salute.

Qualora l'assunzione del rischio avvenga mediante sottoscrizione del Questionario Assuntivo l'efficacia delle garanzie risulterà limitata per i periodi di tempo meglio specificati al successivo Art. 11 (periodi di Carenza durante i quali le coperture non sono operanti). Nei casi in cui, invece, l'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato avvenga mediante visita medica, il periodo di Carenza sarà abrogato.

Proposta di assicurazione - Modalità di accettazione

In tutti i casi in cui è prevista la sottoscrizione di una Proposta di assicurazione, l'adesione alla Polizza si intenderà perfezionata con le modalità e nei tempi di seguito indicati.

- La Proposta dovrà essere sottoscritta dall'Assicurando entro 90 giorni dalla data di erogazione del finanziamento.
- La Proposta avrà una validità di 45 giorni dalla data di emissione della stessa, entro i quali l'Assicurando dovrà presentare la documentazione medica richiesta; decorso tale termine la Proposta decade.
- Successivamente alla consegna di tutta la documentazione medica prevista, le Società si impegnano a comunicare al Richiedente/Assicurando, tramite l'Intermediario, l'esito della valutazione del rischio entro 15 giorni.
- In caso di accettazione del rischio, il Richiedente/Assicurando ha 15 giorni di tempo dalla data in cui ne ha ricevuto comunicazione, per sottoscrivere la Scheda di Adesione, pena la decadenza della Proposta stessa.

Revoca della Proposta di assicurazione

Il Richiedente ha la facoltà di revocare l'eventuale Proposta sottoscritta in qualunque momento prima della conclusione del contratto. La revoca ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione e si effettua a mezzo di lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: Assimoco Vita S.p.A./Assimoco S.p.A. - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 Segrate (MI) o tramite posta elettronica certificata agli indirizzi assimoco@legalmail.it o assimocovita@legalmail.it.

ART. 5 - DECORRENZA E DURATA DELLA CONVENZIONE

Le presenti condizioni di assicurazione operano esclusivamente in applicazione all'apposita Convenzione che la Contraente ha stipulato con le Società. La durata della Convenzione viene fissata in base agli accordi intercorsi tra la Contraente e le Società; alla sua scadenza, salvo disdetta o diversa pattuizione, si rinnova automaticamente di anno in anno. **In caso di disdetta della Convenzione da parte della Contraente o delle Società, le garanzie in essere a tale data riferite a ciascun Assicurato già in copertura rimarranno in vigore fino alla data di scadenza pattuita alla data di sottoscrizione.**

ART. 6 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Per ciascun Assicurato **il contratto di assicurazione si intende concluso** alle ore 24 del giorno di sottoscrizione della Scheda di Adesione da parte del medesimo, nonché da parte del Richiedente se soggetto diverso.

A condizione che sia stato versato il premio di perfezionamento e che il finanziamento sottostante sia stato erogato, fatti salvi i Periodi di Carenza indicati al successivo Art. 11, per ciascun Assicurato **le garanzie entrano in vigore** alle ore 24 della data di decorrenza indicata nella Scheda di Adesione.

In particolare:

- nel caso in cui il finanziamento sottostante sia erogato entro e non oltre i 90 giorni solari precedenti la data di sottoscrizione della Scheda di Adesione, la decorrenza delle garanzie coincide con la data di sottoscrizione della Scheda di Adesione. Tale limite temporale non sarà operante nel caso in cui la sottoscrizione della Scheda di Adesione avvenga successivamente alla sottoscrizione di una Proposta (si veda a tal proposito il precedente Art. 4);
- nel caso in cui il finanziamento sottostante sia erogato in data successiva a quella di sottoscrizione della Scheda di Adesione, ma entro e non oltre i 30 giorni solari successivi, la decorrenza delle garanzie coincide con la data di erogazione del finanziamento.

Fermo restando quanto sopra esposto, qualora il pagamento del premio venga effettuato tramite addebito automatico sul conto corrente, la copertura risulterà in ogni caso operante anche nei giorni intercorrenti tra la data di decorrenza e l'effettivo pagamento del premio, sempreché l'effettivo pagamento del premio risulti verificato (addebito automatico andato a buon fine).

La durata dell'assicurazione deve essere fissata in mesi interi e viene determinata arrotondando per difetto al numero di mesi interi più vicino il periodo che intercorre tra la data di decorrenza della polizza stessa e la data di scadenza del finanziamento. La data di scadenza del contratto viene pertanto fissata aggiungendo alla data di decorrenza il numero di mesi interi così ottenuto.

ART. 7 - COSTI A CARICO DEL RICHIEDENTE

Nell'importo del premio di assicurazione sono inclusi dei costi a carico del Richiedente a copertura di oneri e spese. Nelle Note Informative sono riportati tutti i costi a carico del Richiedente, con indicazione della quota parte, espressa sia in percentuale che in valore assoluto, percepita mediamente dall'Intermediario.

ART. 8 - DIRITTO DI RECESSO DEL RICHIEDENTE

Il Richiedente ha diritto di recedere dal contratto entro sessanta giorni dal momento in cui lo stesso è concluso, dandone comunicazione alle Direzioni delle Società ed alla Contraente con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: Assimoco Vita S.p.A./Assimoco S.p.A. - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 Segrate (MI) oppure tramite posta elettronica certificata (PEC) da inviare a assimocovita@legalmail.it o ad assimoco@legalmail.it.

Il contratto si intende concluso a partire dalla data di sottoscrizione delle Schede di Adesione. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio della relativa raccomandata o dalla ricevuta di consegna rilasciata dal gestore del proprio account di posta elettronica certificata.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso le Società rimborsano al Richiedente, previa consegna dell'originale della Scheda di Adesione e delle eventuali appendici, i premi da questi corrisposti diminuiti delle spese di emissione e della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

ART. 9 - DECADENZA E/O SOSPENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decade e/o resta sospesa al verificarsi delle seguenti circostanze:

1. Esercizio del diritto di recesso

L'esercizio del diritto di recesso di cui all'Art. 8 comporta la decadenza immediata dell'assicurazione.

2. Pagamento delle prestazioni riferite alle garanzie di cui alle SEZIONI A e B

L'assicurazione decade e non ha più efficacia nel momento in cui Assimoco Vita S.p.A. o Assimoco S.p.A. corrispondano un indennizzo in seguito al Decesso dell'Assicurato o all'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente Totale. L'assicurazione decade dalla data del decesso e/o dell'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente Totale.

3. Mancato pagamento del premio

Trascorso il termine di 30 giorni dalla prima rata di premio non pagata il contratto s'intende annullato e con esso tutte le garanzie assicurative. Trascorsi 30 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, negli ulteriori 60 giorni, il Richiedente ha diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate. In caso di pagamento, il contratto tornerà ad avere piena efficacia tra le parti a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui le Società avranno effettivamente ricevuto tutte le somme dovute.

Nel periodo di mancato pagamento del premio, l'assicurazione rimane sospesa nei suoi effetti. La riattivazione può avvenire solo previa domanda del Richiedente, con sottoscrizione da parte dell'Assicurato della dichiarazione che non sono intervenute variazioni nel suo stato di salute rispetto alle dichiarazioni rilasciate al momento della conclusione del contratto, e accettazione scritta da parte delle Società.

4. Sospensione per accertamento dell'Invalidità Permanente Totale

A partire dalla ricorrenza annuale successiva alla data di ricevimento da parte di Assimoco S.p.A. della comunicazione relativa allo stato di Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato, il contratto prevede la sospensione del pagamento dei premi a carico del Richiedente. Qualora vengano incassati dalle Società dei versamenti afferenti a scadenze di premio coincidenti o successive alla data di denuncia dell'invalidità, le Società stesse procederanno con il relativo rimborso dopo l'eventuale accertamento.

In caso di mancato riconoscimento dello stato di Invalidità da parte di Assimoco S.p.A., il Richiedente dovrà corrispondere entro 30 giorni dal ricevimento della relativa comunicazione da parte di Assimoco S.p.A. l'intero premio arretrato. Le coperture assicurative saranno riattivate automaticamente alle ore 24 del giorno di pagamento del premio arretrato.

Nel periodo di accertamento dell'Invalidità Permanente Totale, a seguito del medesimo evento che ne ha determinato la denuncia, la Società corrisponderà la prestazione prevista dalle garanzie di cui alla SEZIONE C ed E qualora ne ricorrano le condizioni di indennizzabilità.

In caso di decesso dell'Assicurato occorso prima che Assimoco S.p.A. abbia accertato l'Invalidità denunciata o in seguito al mancato riconoscimento dell'Invalidità stessa, Assimoco Vita S.p.A. corrisponderà al Beneficiario, a condizione che il sinistro sia indennizzabile, il Capitale Assicurato in essere al momento del decesso, al netto dell'eventuale premio dovuto e non versato nel periodo compreso tra la data di denuncia dell'invalidità e la data di decesso.

5. Professione non assicurabile nel corso della durata

In caso di modifica della professione dell'Assicurato rientrante tra quelle non assicurabili indicate all'Art. 21, il Richiedente è tenuto a darne comunicazione alle Società. In tal caso l'assicurazione decade dalle ore 24 della data di ricezione della comunicazione. Le Società provvederanno alla restituzione della quota di premio pagato afferente al rischio non goduto.

6. Trasferimento o estinzione anticipata totale del finanziamento sottostante

Nel caso in cui il Richiedente trasferisca e/o estingua anticipatamente, in maniera totale, il contratto di finanziamento sottostante prima della data di scadenza dell'assicurazione, lo stesso ha facoltà/diritto di richiedere quanto di seguito descritto:

- l'annullamento dell'assicurazione;
- la prosecuzione dell'assicurazione alle condizioni originariamente pattuite fino alla data di scadenza inizialmente prevista, esprimendo tale volontà per iscritto.

La Contraente si impegna a darne immediata comunicazione alle Società.

La copertura decade alla prima ricorrenza annua successiva alla comunicazione da parte della Contraente.

7. Estinzione anticipata parziale del finanziamento sottostante

Nel caso in cui il Richiedente estingua in maniera parziale il contratto di finanziamento sottostante prima della data di scadenza dell'assicurazione, lo stesso ha facoltà/diritto di richiedere con comunicazione scritta da inviare alle Società quanto di seguito descritto:

- la sostituzione del contratto in essere. In tal caso le Società provvederanno allo storno della polizza alla prima ricorrenza annua utile successiva alla richiesta e alla contestuale emissione di un nuovo contratto su un prodotto disponibile in gamma al momento della richiesta a copertura dell'importo residuo del finanziamento. Le condizioni in vigore a quel momento potrebbero essere anche meno favorevoli rispetto a quelle del contratto in essere. Sul nuovo contratto, ai fini dell'applicazione dei periodi di carenza previsti le Società terranno conto del tempo già trascorso sul contratto sostituito e non sarà necessaria una nuova valutazione sanitaria. Si renderà invece necessaria una nuova valutazione di adeguatezza del contratto;
- la prosecuzione dell'assicurazione alle condizioni originariamente pattuite fino alla data di scadenza inizialmente prevista, continuando a corrispondere i premi pattuiti.

8. Rinegoziazione del finanziamento sottostante

Nel caso in cui il Richiedente rinegozi il contratto di finanziamento sottostante prima della data di scadenza dell'assicurazione, la presente copertura assicurativa continua alle condizioni originariamente pattuite. In alternativa il Richiedente ha facoltà di chiedere, mediante comunicazione scritta da inviare alle Società, la sostituzione del contratto in essere a partire dalla prima scadenza annuale successiva alla rinegoziazione. In tale ultimo caso le Società provvederanno allo storno della polizza e alla contestuale emissione di un nuovo contratto in base alle nuove caratteristiche del finanziamento su un prodotto disponibile in gamma al momento della richiesta. Le condizioni in vigore a quel momento potrebbero essere anche meno favorevoli rispetto a quelle del contratto in essere.

Per rinegoziazione si intende la modifica della durata del finanziamento e della relativa scadenza o di caratteristiche non più compatibili con il contratto originariamente sottoscritto.

9. Eventi legati a Richiedente Impresa individuale o Ente

In caso di Richiedente Impresa individuale o Ente nel caso si verifichi uno degli eventi meglio specificati all'Art. 21, l'assicurazione decade dalle ore 24 della data della comunicazione del Richiedente.

La copertura decade alla prima ricorrenza annua successiva alla comunicazione dell'evento.

ART. 10 - CALCOLO E PAGAMENTO DEL PREMIO

A fronte delle garanzie prestate dal presente contratto sono dovuti premi annui anticipati per tutta la durata contrattuale.

Tali premi sono dovuti non oltre la scadenza della polizza e comunque non oltre la data di decesso dell'Assicurato o del riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato stesso.

Poiché la Contraente agisce in nome e per conto dei singoli Richiedenti, il pagamento dei premi resta a carico degli stessi nella misura stabilita.

L'entità del premio annuo varia in funzione:

- dell'Età Contrattuale dell'Assicurato;
- del TAN utilizzato per il calcolo del piano di decrescenza del capitale previsto dalla polizza;
- della durata della copertura assicurativa;
- dell'ammontare del capitale inizialmente richiesto a titolo di contratto di finanziamento

Nel caso in cui sia previsto un periodo di Preammortamento (fino ad un massimo di 12 mesi), i premi dovuti in tale periodo saranno maggiorati di un importo variabile in funzione dei mesi di Preammortamento, del capitale inizialmente richiesto, nonché dell'Età Contrattuale dell'Assicurato.

La ricorrenza annuale di pagamento del premio annuo viene fissata ad una determinata data specificata nella Convenzione e riportata nella Scheda di Adesione. In caso di entrate in copertura in date diverse dalla ricorrenza annuale prevista, si stabiliranno ratei di premio ottenuti riducendo il premio annuo in proporzione al periodo intercorrente tra la data di decorrenza e la ricorrenza medesima o tra l'ultima ricorrenza annuale e la data di scadenza della polizza.

Il premio annuo a favore della Società deve essere corrisposto al competente soggetto abilitato in qualità di intermediario della Società stessa, mediante una delle seguenti modalità:

- addebito automatico sul conto corrente del Richiedente previa autorizzazione del titolare del conto corrente stesso, salvo buon fine. In caso di modifica o di chiusura di tale conto, al fine di garantire la continuità dei pagamenti successivi, il Richiedente è tenuto a comunicare la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza della rata di premio successiva;
- bonifico bancario.

ART. 11 - CARENZA CONTRATTUALE

L'assicurazione prevede un periodo di carenza contrattuale, periodo temporale durante il quale le garanzie assicurative non sono operanti. Fermo il disposto dell'Art.6, l'assicurazione decorre dalle ore 24 del:

- 1) 90° giorno successivo alla data di effetto indicata nella Scheda di Adesione per la SEZIONE A.
- 2) 90° giorno successivo alla data di effetto indicata nella Scheda di Adesione per la SEZIONE B.
- 3) 45° giorno successivo alla data di effetto indicata nella Scheda di Adesione per la SEZIONE C quando lo Stato Lavorativo corrisponde a Lavoratore Autonomo/Lavoratore Dipendente del Pubblico Impiego.
- 4) 45° giorno successivo alla data di effetto indicata nella Scheda di Adesione per la SEZIONE D quando lo Stato Lavorativo corrisponde a Lavoratore Dipendente del Settore Privato; tale carenza non è abrogabile.
- 5) 45° giorno successivo alla data di effetto indicata nella Scheda di Adesione per la SEZIONE E quando lo Stato Lavorativo corrisponde a Non Lavoratore.

L'assicurazione prevede altresì un periodo di carenza di cinque anni per decesso dell'Assicurato dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata. In tal caso la garanzia caso morte di cui alla SEZIONE A non è operante in tale periodo e in luogo del il Capitale Assicurato viene corrisposto un ammontare pari alla riserva matematica.

Abrogazione della Carenza

Per le sole carenze previste ai punti 1), 2), 3) e 5) l'Assicurato può richiedere, con costi a proprio carico e in una struttura medica a propria scelta, di essere sottoposto a visita medica (si veda a tal proposito l'Allegato 4 alle presenti Condizioni di Assicurazione), al fine di certificare il buono stato di salute e di abrogare pertanto i suddetti periodi di Carenza.

In caso di presentazione di esami clinici che attestino l'assenza dello stato di malattia da HIV o di sieropositività il suddetto periodo di carenza di cinque anni si intende abrogato.

ART. 12 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

È pertanto di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni delle Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento della prestazione.

ART. 13 - CESSIONE - PEGNO - VINCOLO

Non previsti per questo tipo di contratto.

ART. 14 - BENEFICIARIO

Per quanto attiene la copertura per il caso di Decesso prestata da Assimoco Vita S.p.A., il Richiedente indica alla Società i Beneficiari della prestazione in caso di morte, designati nel rispetto delle disposizioni di cui agli Artt. 1920 e 1921 del Codice Civile.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Richiedente e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Richiedente (se persona fisica);
- 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 alla Società o contenute in un valido testamento.

Se il Richiedente è un'impresa individuale o Ente il Beneficiario è il Richiedente medesimo.

Per quanto attiene le coperture prestate da Assimoco S.p.A., il diritto all'indennizzo spettante per infortunio e/o malattia è di carattere personale e pertanto non trasmissibile agli eredi legittimi o ai beneficiari designati. La prestazione sarà quindi indennizzata all'Assicurato.

In deroga a quanto sopra e in caso di Richiedente impresa individuale o Ente, l'Assicurato presta il suo consenso all'assicurazione rinunciando espressamente al beneficio dell'indennizzo nominando beneficiario il Richiedente, sottoscrivendo apposita dichiarazione contenuta nella scheda di polizza.

La vigente normativa vieta di assumere direttamente o indirettamente la contemporanea qualifica di Beneficiario delle prestazioni assicurative e quella di intermediario del relativo contratto.

ART. 15 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

Assimoco S.p.A. rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i responsabili dell'infortunio e/o della malattia.

ART. 16 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, ove previsti, sono a carico del Richiedente.

ART. 17 - PRESCRIZIONE

Si ricorda che il Codice Civile (Art. 2952, comma 2) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

L'avverarsi della prescrizione comporta l'estinzione del relativo diritto, ai sensi dell'Art. 2934 del Codice Civile. Con riferimento alla garanzia caso morte prestata da Assimoco Vita S.p.A., la prescrizione comporta altresì la devoluzione (ai sensi dell'Art. 1, comma 345-quater, della legge 23 dicembre 2005 n. 266) degli importi dovuti ai beneficiari e non reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, al Fondo costituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'Art. 1, comma 343 della sopracitata legge 266.

ART. 18 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 19 - FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie relative al presente contratto è competente il Foro in cui il Richiedente ha la propria residenza o domicilio.

ART. 20 - DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto nelle Condizioni di Assicurazione valgono le disposizioni di Legge.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LE GARANZIE ASSICURATIVE

ART. 21 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

PERSONA FISICA

È ammessa ai benefici della presente copertura assicurativa la persona fisica che al momento della stipulazione risponde ai seguenti requisiti:

- **abbia aderito all'assicurazione sottoscrivendo la Scheda di Adesione;**
- **abbia sottoscritto il Questionario Assuntivo che forma parte integrante della Scheda di Adesione, o diversamente si sia sottoposto con esito positivo agli accertamenti sanitari previsti;**
- **abbia sottoscritto il Questionario di Adeguatezza;**
- **abbia dichiarato lo Stato Lavorativo corrispondente alla garanzia prevista dalla Sezione C, D ed E;**
- **abbia un'età Contrattuale all'atto della sottoscrizione compresa tra 18 e 50 anni;**
- **abbia un'età anagrafica alla scadenza della polizza non superiore a 70 anni.** A tale riguardo la copertura sarà ammessa solo in relazione a quei finanziamenti la cui data di scadenza non risulti successiva alla data di compimento del settantesimo anno di età anagrafica dell'Assicurato;
- **abbia la residenza anagrafica in Italia;**
- **non eserciti al momento della sottoscrizione e nel corso dell'intera durata del contratto una delle seguenti professioni e/o attività:**
 - Pilota, anche istruttore, di aeromobili, elicotteri e/o di velivoli per il volo
 - Hostess, stewards, membri di equipaggio a bordo di aeromobili ed elicotteri
 - Collaudatore di autoveicoli, motoveicoli e motocicli
 - Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti)
 - Cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi)
 - Addetto di impianti di energia nucleare
 - Fabbriante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio
 - Fabbriante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive e tossiche
 - Palombaro, sommergibilista
 - Acrobata, domatore, addestratore di animali operanti in circhi o spettacoli
 - Controfigure, stuntman
 - Guardiafili
 - Componente (ufficiale, sottufficiale, truppa) in servizio professionale attivo nell'Esercito
 - Componente (ufficiale, sottufficiale, truppa) in servizio professionale attivo nella Marina Militare
 - Componente (ufficiale, sottufficiale, truppa) in servizio professionale attivo nell'Aeronautica Militare
 - Carabinieri che effettuano missioni militari di peacekeeping all'estero
 - Sportivi professionisti, intendendosi per tali i soggetti che producono reddito da lavoro dall'attività sportiva.

Il Richiedente deve tempestivamente informare le Società di ogni cambiamento di professione che rientri tra quelle sopra esposte non assicurabili. A tale scopo il Richiedente deve inviare lettera raccomandata o messaggio di posta elettronica certificata con la comunicazione dell'intervenuto cambiamento. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione (in cui dovrà essere indicato il codice IBAN per l'accredito del premio relativo al periodo per il quale il rischio è cessato) **le Società invieranno comunicazione di recesso unilaterale con contestuale restituzione del premio non goduto.**

La mancata comunicazione del cambiamento della professione può comportare la perdita del diritto alla prestazione in base a quanto previsto dagli Artt. 1898 e 1926 del Codice Civile.

- **in relazione al finanziamento sottostante, come descritto all'Art. 2, stipuli la copertura assicurativa in qualità di:**
 - Titolare unico del finanziamento;
 - Contitolare del finanziamento;
 - Garante del finanziamento;

L'assicurazione è stipulabile da:

- per finanziamenti con unico titolare del finanziamento: una sola persona al 100% (titolare o garante);
- per finanziamenti cointestati anche con più contitolari:
 - una sola persona al 100% (contitolare o garante);
 - una sola persona al 50% (contitolare o garante);
 - massimo due persone, ciascuna per il 50% (contitolari o garanti).

IMPRESA INDIVIDUALE O ENTE

È ammessa ai benefici dell'assicurazione, sempreché in possesso dei requisiti di assicurabilità previsti nella sezione "PERSONA FISICA" di cui al presente articolo, la persona fisica designata dal Richiedente Impresa individuale e/o Ente che ricopre un Ruolo Rilevante nell'organizzazione del Richiedente. In tal caso la garanzia operante di cui alla Sezione C potrà essere esclusivamente INABILITA' TEMPORANEA TOTALE.

È riconosciuta persona fisica con Ruolo Rilevante il soggetto individuato nella tabella di seguito riportata:

Persona fisica con ruolo rilevante	Impresa e/o Ente Richiedente
Titolare	- Ditta Individuale
Socio o dipendente con contratto di lavoro subordinato che ricopre anche di fatto una funzione di obiettiva responsabilità all'interno dell'organizzazione del Richiedente	- Società semplice - Società di fatto - Società in nome collettivo - Società in accomandita semplice
Socio, amministratore o dipendente con contratto di lavoro subordinato che ricopre anche di fatto una funzione di obiettiva responsabilità all'interno dell'organizzazione del Richiedente	- Società a responsabilità limitata - Società per azioni - Società in accomandita per azioni
Socio cooperatore che concorre alla gestione dell'impresa partecipando alla formazione degli organi sociali ed alla definizione della struttura di direzione e conduzione dell'impresa nonché socio che partecipa alla elaborazione di programmi di sviluppo e alle decisioni concernenti le scelte strategiche.	- Società Cooperative
Libero Professionista anche non munito di Partita IVA	- Studi associati

PER LA PERSONA FISICA CON RUOLO RILEVANTE DECADE L'OBBLIGO DI COMUNICAZIONE IN CASO DI CAMBIAMENTO DELLO STATO LAVORATIVO, SALVO QUANTO DI SEGUITO INDICATO IN RELAZIONE AL VENIR MENO DEL RUOLO RILEVANTE.

Il Richiedente deve tempestivamente informare le Società qualora si verifichi uno o più degli eventi di seguito indicati che comportano la decadenza dell'assicurazione:

- cessazione e/o interruzione del Ruolo Rilevante dell'Assicurato;
- sentenza dichiarativa di fallimento del Richiedente;
- cessazione o alienazione del Richiedente;
- cessione a terzi del finanziamento sottostante.

ART. 22 - GARANZIE ASSICURATIVE OFFERTE

Le Società si obbligano a corrispondere ai Beneficiari le prestazioni assicurative o gli indennizzi di cui alle Sezioni A, B, C, D ed E, nei limiti e alle condizioni dettagliatamente descritti nelle sezioni stesse.

Le garanzie sono prestate individualmente da Assimoco Vita S.p.A. e Assimoco S.p.A..

Ognuna della Società assume esclusivamente la responsabilità di esecuzione delle prestazioni alla stessa imputabili, senza che vi sia solidarietà tra le due Società nelle prestazioni riferibili all'altra parte.

GARANZIE SEMPRE OPERANTI INDIPENDENTEMENTE DALLO STATO LAVORATIVO DELL'ASSICURATO

Le garanzie previste dalle SEZIONI A e B sono sempre operanti indipendentemente dallo Stato Lavorativo dichiarato dall'Assicurato al momento della stipulazione del contratto.

Pertanto, le garanzie operano come in seguito descritto.

GARANZIA DI CAPITALE ASSIMOCO VITA S.p.A.

SEZIONE A: in caso di **Decesso dell'Assicurato** conseguente ad infortunio e/o malattia, **Assimoco Vita S.p.A.** si obbliga a liquidare ai beneficiari designati, alle condizioni meglio descritte in tale Sezione l'importo del Capitale Assicurato previsto dal piano di decrescenza della polizza al momento del decesso.

GARANZIA DI CAPITALE Assimoco S.p.A.

SEZIONE B: in caso di **Invalidità Permanente Totale** dell'Assicurato conseguente ad Infortunio e/o Malattia, **Assimoco S.p.A.** si obbliga a liquidare ai beneficiari, alle condizioni meglio descritte in tale Sezione sotto indicata, l'importo del Capitale Assicurato previsto dal piano di decrescenza della polizza:

- in caso di infortunio: alla data dell'infortunio
- in caso di malattia: alla data della richiesta agli enti preposti all'accertamento dell'**Invalidità Permanente Totale**.

GARANZIE DI RATA Assimoco S.p.A.

Le garanzie previste alle SEZIONI C, D, E sono operanti in funzione dello Stato Lavorativo dichiarato dall'Assicurato al momento della stipulazione.

Ciascuna garanzia opera alle Condizioni indicate in ogni Sezione ed in maniera esclusiva in funzione del corrispondente Stato Lavorativo sotto descritto:

Assimoco S.p.A. si obbliga a liquidare ai Beneficiari, alle condizioni descritte in ciascuna specifica Sezione, l'indennizzo corrispondente allo Stato Lavorativo di seguito specificato:

LAVORATORE AUTONOMO E/O LAVORATORE DIPENDENTE DEL PUBBLICO IMPIEGO: in caso di **Inabilità Temporanea Totale** conseguente ad infortunio e/o malattia viene liquidato l'importo della Rata Mensile Protetta indicata nel contratto.

LAVORATORE DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO: in caso di **Perdita Involontaria d'Impiego** conseguente a Disoccupazione viene liquidato l'importo della Rata Mensile Protetta indicata nel contratto.

NON LAVORATORE: in caso di **Ricovero Ospedaliero** conseguente ad infortunio e/o malattia viene liquidato l'importo della Rata Mensile Protetta indicata nel contratto.

ART. 23 - OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE ASSICURATIVE OFFERTE

TABELLA ESEMPLIFICATIVA DELL'OPERATIVITÀ PER STATO LAVORATIVO

Richiedente	Stato Lavorativo	Assimoco Vita S.p.A.	Assimoco S.p.A.				
		Sezione A	Sezione B	Sezione C	Sezione D	Sezione E	
Persona fisica	Lavoratore autonomo/Dipendente del Pubblico Impegno	Decesso	IPT	ITT	=====	=====	
Persona fisica	Lavoratore dipendente del settore privato	Decesso	IPT	=====	PII	=====	
Persona fisica	Non lavoratore	Decesso	IPT	=====	=====	RO	
Impresa individuale/Ente	Non richiesto	Decesso	IPT	ITT	=====	=====	

In caso di Richiedente persona fisica, qualora nel corso della durata dell'assicurazione intervenga un cambiamento dello Stato Lavorativo, è fatto obbligo al Richiedente di comunicare per iscritto alle Società la variazione intervenuta.

Il Richiedente avrà facoltà di chiedere:

- una copertura corrispondente alla garanzia prevista per il nuovo Stato Lavorativo; in tal caso la Società provvederà a rideterminare i premi annui successivi alla modifica dello Stato Lavorativo in funzione della nuova garanzia sottoscritta;
- l'annullamento delle garanzie offerte da Assimoco S.p.A.; in tal caso la copertura assicurativa decade al termine dell'annualità assicurativa in corso. Resta inteso che la copertura morte offerta da Assimoco Vita S.p.A. resterà efficace fino alla data di scadenza e comunque previo pagamento dei premi annui pattuiti.

A titolo esemplificativo si riporta una tipologia di variazione dello Stato Lavorativo:

- il contratto di assicurazione stipulato ha una durata di 22 anni;
- al momento della stipulazione Il Richiedente dichiara di essere Lavoratore Autonomo: sono attive le garanzie della SEZIONE C e delle SEZIONI A e B per tutta la durata dell'assicurazione.
- durante il 3° anno di durata del contratto il Richiedente cambia il suo Stato Lavorativo da Lavoratore Autonomo a Lavoratore Dipendente del Settore Privato.
- il Richiedente deve comunicare il cambiamento dello Stato Lavorativo e potrà richiedere di essere assicurato, alle condizioni e limiti in essa previsti, dalla nuova garanzia Perdita Involontaria di Impiego.
- il premio già versato per la SEZIONE C sarà utilizzato a compensazione di quello dovuto per la nuova garanzia.
- si rinvia al Glossario dei termini per maggiori dettagli sulla definizione dello Stato Lavorativo.

ART. 24 - RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

DECESSO DELL'ASSICURATO

Dalla garanzia di cui alla SEZIONE A è escluso il decesso causato da:

- a) dolo della Contraente, del Richiedente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

- d) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti con qualsiasi mezzo a motore;
- e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- f) attività pericolosa, svolta dall'Assicurato, come: alpinismo (oltre il 3° grado), sci alpino fuori pista, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, sci alpinismo, bob, immersioni subacquee con autorespiratore, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, motonautica (in-shore, off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (maggiore di 60 miglia dalla costa), parasailing, gare di automobilismo e/o di motociclismo, volo con ultraleggeri, alianti (volo a vela), aerostato (dirigibile, pallone libero, pallone ancorato), elicottero, parapendio, deltaplano, parading, paracadutismo, rafting, pratica del pugilato e lotta, corse di velocità e relativi allenamenti con qualsiasi mezzo a motore, competizioni o relative prove e allenamenti ippici, caccia grossa, safari, competizioni ciclistiche, canoa, kayak, atletica pesante;
- g) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- h) Malattie già diagnosticate e gli Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione della scheda di Adesione, nonché le relative conseguenze e seguiti, se non dichiarati e opportunamente valutati dalla Società come assicurabili;
- i) abuso di alcool, nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope e simili;
- j) lo svolgimento da parte dell'Assicurato di una delle professioni indicate all'Art. 21.

In questi casi la Società paga il solo importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

INFORTUNI E MALATTIA

Premesso che le presenti disposizioni si applicano alla SEZIONI B, Ced E, dall'assicurazione sono escluse le conseguenze di infortunio e malattia causati e/o provocati:

- a) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- b) dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- c) da eventi direttamente connessi a stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, lotta armata, insurrezione, atti terroristici. La presente esclusione non si applica agli infortuni occorsi entro un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto, l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trova in un paese straniero dove tali eventi non esistevano o non erano in atto al momento del suo arrivo nel paese estero;
- d) da incidenti di volo occorsi durante viaggi a bordo - anche come membro dell'equipaggio - di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota titolare di brevetto non idoneo, compresi il volo a bordo di deltaplano, ultraleggero, aliante, aerostato (dirigibile, pallone libero, pallone ancorato), parapendio, parading, parasailing, paracadutismo;
- e) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori e natanti a motore in genere, compresa la pratica di motocross, anche all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- f) dalla guida di veicoli, motoveicoli e ciclomotori in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti;
- g) da disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, l'epilessia, le sindromi organiche cerebrali, la schizofrenia, le forme maniaco depressive, gli stati paranoici, le sindromi ansiose depressive;
- h) da azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- i) da abuso di alcool e dall'uso non terapeutico di stupefacenti, di psicofarmaci e allucinogeni;
- l) dalla partecipazione ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- m) dall'uso di veicoli a motore e di natanti da diporto privi dell'abilitazione di legge; sono tuttavia compresi gli infortuni in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti, o l'Assicurato dimostri, al momento del sinistro, di essere in possesso dei requisiti per il rinnovo o rilascio, fatta eccezione per il caso di decesso o di invalidità permanente che non consente il rinnovo;

- n) da malattie tropicali inclusa la malaria o da malattie epidemiche;
- o) da sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altra patologia ad essa collegata;
- p) dalla pratica delle seguenti discipline sportive: alpinismo (oltre il 3° grado UIAA); scalate su ghiaccio; scalate con accesso ai ghiacciai; scalate in arrampicata libera; sci alpino fuori pista; sci alpinismo; bob e bobsleigh (guido slitta); skeleton (slittino); immersioni subacquee con autorespiratore; salti dal trampolino con sci o idrosci; motonautica (in-shore, off-shore, hovercraft, competizioni veliche); vela a distanze superiori alle 60 miglia dalla costa; pugilato e lotta; competizioni e relative prove ed allenamenti ippici, caccia grossa e safari; competizioni ciclistiche, canoa e kayak; atletica pesante, di sport estremi quali; free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, base jumping, canyoning, sci estremo, airboarding.

Inoltre per la sola SEZIONE C, dall'assicurazione sono inoltre escluse le conseguenze di infortunio e malattia causati e/o provocati:

- q) da mal di schiena e patologie assimilabili; la presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui la diagnosi sia comprovata da esami radiologici e clinici;
- r) da gravidanza, puerperio e patologie collegate;
- s) da interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, inclusi interventi e applicazioni di carattere estetico, eseguiti a per motivi personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguente ad infortunio indennizzabile ai termini del contratto.

PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

Per la SEZIONE D sono esclusi gli indennizzi da Perdita Involontaria di Impiego per i casi in cui:

- a) l'Assicurato, alla data di stipulazione dell'assicurazione, si trovava già in stato di disoccupazione o il licenziamento era già stato notificato o erano conosciute e/o note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato in forza di specifiche previsioni contenute in contratti o accordi collettivi;
- b) l'Assicurato, alla data di stipulazione dell'assicurazione, si trovava già assoggettato alla procedura di Mobilità Ordinaria e/o a misure di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, Cassa Integrazione Guadagni Edilizia, Mobilità anticipata o Mobilità in Deroga;
- c) il licenziamento, anche consensuale, sia conseguente al raggiungimento dell'età pensionabile o sia intimato a lavoratori che fruiscono o possono fruire di trattamenti previsti dalle norme vigenti e/o da contratti e/o accordi collettivi a favore di soggetti prossimi al pensionamento;
- d) il licenziamento sia dovuto a giusta causa (escluse le dimissioni per giusta causa), giustificato motivo soggettivo (licenziamenti disciplinari);
- e) il licenziamento sia avvenuto durante o per mancato superamento del periodo di prova;
- f) la disoccupazione sia dovuta a dimissioni diverse dalla casistica per giusta causa;
- g) la cessazione del rapporto di lavoro sia conseguente a risoluzione consensuale del contratto di lavoro o dovuta alla scadenza del termine stabilito dal contratto di lavoro subordinato;
- h) al momento del sinistro l'Assicurato svolge la sua normale attività lavorativa nell'ambito di un contratto di lavoro non regolato dalle leggi e norme italiane;
- i) il licenziamento sia conseguenza di patologie non dichiarate o sottaciute, a termini del presente contratto, nel Questionario Assuntivo al momento della stipulazione dell'assicurazione;
- j) l'Assicurato abbia rapporti di parentela (coniuge, convivente, figlio, collaterale, ascendente, discendente) con il proprio datore di lavoro;
- k) l'Assicurato persona fisica risulti contemporaneamente socio e dipendente dell'azienda per la quale svolge l'attività retribuita da lavoro dipendente costituita come: Ditta Individuale, Società semplice, Società in nome collettivo, Società in accomandita semplice, Società a responsabilità limitata, Società per azioni, Società in accomandita per azioni, Studi associati;
- l) l'Assicurato, al momento della stipulazione, ha già ricevuto dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o una comunicazione nella quale venga individuato come lavoratore oggetto di una procedura di licenziamento.

ART. 25 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo per le seguenti garanzie:

- **Decesso dell'Assicurato;**
- **Invalidità Permanente Totale;**
- **Inabilità Temporanea Totale;**
- **Ricovero Ospedaliero;**
- **Perdita Involontaria d'Impiego: l'assicurazione vale in tutto il mondo sempreché l'Assicurato svolga la sua attività lavorativa nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalle leggi e norma italiane.**

ART. 26 - ARBITRATO/COLLEGIO MEDICO (SOLO SEZIONI B, C, D, E)

Ferma la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, le controversie di natura medica o riguardanti l'applicazione dei criteri di liquidazione possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici. Il Collegio Medico risiede nel comune sede di istituto di medicina legale di residenza dell'Assicurato. 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 permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

ART. 27 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

ASSIMOCO S.P.A.

Il sinistro deve essere denunciato, nel più breve termine possibile, inviando all'Intermediario il "Modulo di Denuncia di Avvenuto Sinistro" (Allegato 5 alle Condizioni di Assicurazione). L'Intermediario si impegna da parte sua a trasmettere alla Società, nel più breve tempo possibile, il suddetto modulo debitamente compilato allegando alla medesima la seguente documentazione:

Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia

- 1) Relazione del medico curante attestante l'Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia e il relativo grado (si ricorda che l'invalidità totale deve essere uguale o superiore al 60% secondo le Tabelle INAIL).
- 2) Copia della richiesta (inclusa la documentazione medica) effettuata agli Enti preposti per la certificazione definitiva dell'Invalidità Permanente Totale da Malattia.
- 3) Ogni eventuale ulteriore documentazione che la Società riterrà necessaria per la liquidazione del sinistro.

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

- 1) Certificazione medica attestante l'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e/o eventuale certificato di ricovero in Istituto di Cura indicante la diagnosi e il periodo del ricovero.
- 2) Documentazione comprovante lo stato di Lavoratore Autonomo (esempio: certificato attribuzione Partita IVA) o di Dipendente del Settore Pubblico (Esempio: copia ultima busta paga).
- 3) Ogni eventuale ulteriore documentazione che la Società riterrà necessaria per la liquidazione del sinistro.
- 4) In caso di continuazione di un sinistro di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, ulteriore documentazione di cui al punto attestante il periodo di Inabilità.

Ricovero Ospedaliero

- 1) Copia della cartella clinica attestante la diagnosi ed il periodo effettivo di Ricovero; nel caso non fosse disponibile la cartella clinica, certificato rilasciato dall'Istituto di Cura attestante la diagnosi ed il periodo effettivo di Ricovero.
- 2) In caso di continuazione di un sinistro per Ricovero Ospedaliero, ulteriore documentazione di cui al precedente punto 1 attestante il periodo di Ricovero.
- 3) Ogni eventuale ulteriore documentazione che la Società riterrà necessaria per la liquidazione del sinistro.

Perdita Involontaria d'Impiego

- 1) Originale di scheda anagrafica/professionale rilasciata e vidimata dal centro per l'impiego competente o documento sostitutivo equipollente, recante lo storico e l'anzianità di disoccupazione.
- 2) Copia della lettera di licenziamento con indicazioni delle motivazioni dello stesso.
- 3) Copia dell'ultima busta paga.
- 4) Certificato attestante l'avvenuta iscrizione nelle liste di disoccupazione presso il Centro per l'impiego competente.
- 5) In caso di Mobilità consegnare la relativa dichiarazione rilasciata dal Centro per l'impiego competente.
- 6) In caso di continuazione di un sinistro per Perdita Involontaria d'Impiego, ulteriore documentazione di cui ai precedenti punti da 1 a 4 attestante il periodo di disoccupazione.
- 7) Ogni eventuale ulteriore documentazione che la Società riterrà necessaria per la liquidazione del sinistro.

La Società procederà alla definizione del sinistro ed alla successiva eventuale liquidazione dell'indennizzo dopo aver ricevuto la documentazione completa. La Società si riserva in ogni caso il diritto di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

ASSIMOCO VITA S.p.A. - Decesso dell'Assicurato

Per tutti i pagamenti deve essere presentata direttamente alla Società, o per il tramite dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, **richiesta scritta accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare i Beneficiari della prestazione.**

Inoltre, qualsiasi richiesta deve essere sempre accompagnata **da un documento di identità in corso di validità del Beneficiario.**

La documentazione che deve essere presentata è di seguito specificata.

- **copia del contratto attestante l'esistenza e la data di erogazione del "Rapporto Passivo";**
- **certificato anagrafico di morte dell'Assicurato;**
- **consenso da parte di ogni Beneficiario al trattamento dei dati personali ai sensi del Codice Privacy (D. Lgs. 196/2003);**
- **modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica di ogni Beneficiario della prestazione;**
- **relazione medica sulle cause del decesso;**
- **in caso di decesso per malattia: copia integrale delle cartelle cliniche, a partire dal primo ricovero nel corso del quale fu diagnosticata la malattia causa di decesso dell'Assicurato;**
- **in caso di morte violenta (infortunio, suicidio e omicidio): copia del verbale predisposto dall'Autorità competente che ha effettuato gli accertamenti relativi all'accaduto (*Procura della Repubblica, Carabinieri, Polizia e Vigilanza urbana*) e dal quale si desumano le circostanze che hanno provocato il decesso dell'Assicurato;**
- **atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio autenticata, da cui deve risultare:**
 - a) **se l'Assicurato abbia lasciato o no testamento e, in caso affermativo, che il testamento (i cui estremi sono indicati nell'atto) sia l'unico o l'ultimo e non sia stato impugnato. Nel caso in cui vi sia testamento, copia autentica del relativo verbale di pubblicazione;**
 - b) **l'esatta individuazione degli "eredi legittimi" dell'Assicurato al momento del decesso, nel caso in cui sia stata utilizzata tale formula per la designazione dei Beneficiari;**
- **in presenza di Beneficiari minorenni o privi della capacità d'agire: decreto del giudice tutelare che autorizzi il tutore legale alla riscossione della prestazione.**

Qualora il beneficiario delle suddette prestazioni sia una società o un ente, dovranno essere consegnati i seguenti ulteriori documenti:

- **statuto o visura camerale;**
- **copia di un documento d'identità e codice fiscale del legale rappresentante.**

La Società potrà richiedere l'eventuale ulteriore documentazione che riterrà necessaria per la definizione del sinistro. Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sui Beneficiari della prestazione.

Verificatosi l'evento e accertato il diritto al pagamento della somma assicurata, la Società esegue il pagamento entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, calcolati in base al saggio legale di interesse.

Ogni pagamento viene effettuato tramite bonifico bancario sul conto corrente indicato dal Beneficiario.

CONDIZIONI SPECIFICHE CHE REGOLANO LE GARANZIE ASSICURATIVE

SEZIONE A - COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO

ART. 28 - PRESTAZIONE PER IL CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

La presente copertura è prestata per il rischio di morte mediante il ricorso alla forma di:

ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE DECRESCENTE E A PREMIO ANNUO A PROTEZIONE DEL CREDITO.

La Società si impegna a corrispondere per ciascun Assicurato incluso in Convenzione e a condizione che siano stati corrisposti regolarmente i premi dovuti, l'importo della prestazione di seguito descritta, sempreché l'evento avvenga durante il periodo di validità contrattuale e fatte salve le cause di esclusione di cui all'Art. 24. Trascorso il predetto termine (data di scadenza), il contratto si estinguerà e i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Società garantisce al Beneficiario, in caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia nel corso della Durata Contrattuale, il pagamento del Capitale Assicurato al momento del decesso, che sarà corrisposto successivamente al ricevimento da parte della Società della denuncia di sinistro, corredata di tutta la documentazione di cui all'Art. 27.

Il Capitale Assicurato viene calcolato in base alle modalità indicate al precedente Art. 3.

Si specifica che, salvo il caso indicato al successivo Art. 29 relativamente al sinistro che colpisca più teste, il Capitale Assicurato risulta essere sempre quello riportato nel relativo piano di decrescenza della Scheda di Adesione con i limiti di Capitale Assicurato iniziale indicati al precedente Art. 3.

In ogni caso il limite massimo di capitale assicurabile in relazione a ciascuna testa assicurata e con riferimento al totale dei contratti CREDIT PROTECTION INSURANCE sottoscritti dall'Assicurato medesimo, è pari a 400.000,00 Euro.

La copertura decade e pertanto non ha più efficacia nel momento in cui Assimoco S.p.A. corrisponda una prestazione in seguito al verificarsi dello stato di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia dell'Assicurato. I premi già corrisposti rimangono acquisiti dalle Società.

Le suddette prestazioni operano pertanto in via alternativa.

ART. 29 - SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero di teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati. Si veda a tal proposito l'esempio riportato al paragrafo 3 punto f) della Nota Informativa di Assimoco Vita S.p.A..

ART. 30 - RISCATTO

La presente copertura non prevede l'esercizio del diritto di riscatto.

SEZIONE B - COPERTURA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

ART. 31 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

La Società indennizza il capitale per Invalidità Permanente Totale (di seguito IPT) conseguente ad Infortunio o Malattia, come calcolato al successivo Art. 32, qualora:

- a) l'Assicurato sia in possesso dei requisiti di assicurabilità indicati all'Art. 21;
- b) il sinistro si sia verificato durante il periodo di durata ed efficacia del contratto;
- c) all'Assicurato sia riconosciuta una IPT di grado percentuale pari o superiore al 60%;
- d) l'IPT sia attestata da un medico legale della Società non prima di 6 mesi e non oltre 18 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio o della malattia che l'ha provocata;
- e) in caso di IPT conseguente a malattia sia trascorso il periodo di 90 giorni (Carenza) dalla data di effetto della copertura durante il quale la garanzia non è operante; il periodo di carenza non si applica, nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto agli accertamenti medici previsti per la sua abolizione indicati all'Art. 4;
- f) l'IPT non sia determinata da uno degli eventi esclusi all'Art. 24;
- g) l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi previsti all'Art. 27.

ART. 32 - MODALITÀ DI INDENNIZZO

In caso di riconoscimento di IPT nel corso della durata contrattuale la Società corrisponde all'Assicurato, a titolo di indennizzo, l'importo del Capitale Assicurato riportato nel relativo piano di decrescenza della Scheda di Adesione, calcolato con le modalità e nei limiti indicati all'Art. 3 risultante alla data:

- dell'evento in conseguenza di infortunio;
- della richiesta effettuata dall'Assicurato agli Enti preposti della certificazione dell'IPT in conseguenza di malattia.

Nel caso in cui, a seguito del medesimo evento che ha determinato l'IPT, la Società abbia già corrisposto indennizzi a seguito della garanzia di rata di cui alla SEZIONE C ed E, l'indennizzo per il caso IPT verrà ridotto delle Rate Mensili Protette eventualmente già corrisposte.

Qualora successivamente alla denuncia del sinistro, prima che la Società abbia accertato lo stato di IPT, si sia verificato il Decesso dell'Assicurato, Assimoco Vita S.p.A. corrisponderà l'importo del Capitale Assicurato al momento del Decesso, come regolato alla SEZIONE A, a condizione che il sinistro sia indennizzabile.

In tal caso Assimoco S.p.A. che presta la presente copertura provvederà a liquidare, qualora sia stato certificato un grado di IPT uguale o superiore al 60%, un importo pari alla differenza tra il Capitale calcolato come indicato precedentemente e il Capitale in vigore al momento del Decesso dell'Assicurato.

SEZIONE C - COPERTURA PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

SEZIONE VALIDA PER STATO LAVORATIVO DICHIARATO CORRISPONDENTE A:

LAVORATORE AUTONOMO, DIPENDENTE DEL PUBBLICO IMPIEGO O RICHIEDENTE IMPRESA INDIVIDUALE/ENTE

ART. 33 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

La Società indennizza la Rata Mensile Protetta per Inabilità Temporanea Totale (di seguito ITT) conseguente ad Infortunio o Malattia, come calcolato al successivo Art. 34, qualora:

- a) lo Stato Lavorativo dell'Assicurato corrisponda a Lavoratore Autonomo e/o Lavoratore Dipendente del Pubblico Impiego;
- b) l'Assicurato sia in possesso dei requisiti di assicurabilità indicati all'Art. 21;
- c) il sinistro si sia verificato durante il periodo di durata ed efficacia del contratto;
- d) l'ITT sia comprovata da idonea documentazione medica, rilasciata da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- e) sia trascorso il periodo di 45 giorni (Carenza) dalla data di effetto della copertura, durante il quale la garanzia ITT conseguente a Malattia non è operante; il periodo di carenza non si applica, nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto agli accertamenti medici previsti per la sua abolizione indicati all'Art. 4;
- f) il periodo di ITT sia superiore a 30 giorni consecutivi (Franchigia Assoluta);
- g) l'ITT non sia determinata dagli eventi esclusi all'Art. 24;
- h) l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi previsti all'Art. 27.

ART. 34 - MODALITÀ DI INDENNIZZO

In caso di Inabilità Temporanea Totale (ITT), la Società liquida l'importo della Rata Mensile Protetta - calcolata nei modi e nei limiti indicati all'Art. 3 - prendendo come riferimento il periodo di ITT compreso tra la data di accadimento del sinistro, incluso il periodo della franchigia, e la data di scadenza dell'ITT accertata dalla documentazione medica.

Ciò premesso, la liquidazione degli indennizzi sarà effettuata con le modalità di seguito descritte:

Liquidazione del Primo indennizzo.

- a) Superata la franchigia, qualora il periodo di ITT accertato terminasse prima della successiva scadenza della Rata Mensile Protetta, la Società riconoscerà un indennizzo *pro rata temporis*. Pertanto, ogni giorno di ITT compreso tra il termine del periodo di franchigia e la data di scadenza della rata predetta, verrà riconosciuta una somma pari ad 1/30 dell'ammontare della rata mensile, capitale ed interessi inclusi.
- b) Superata la franchigia, qualora il periodo di ITT accertato comprenda la successiva data di scadenza della Rata Mensile Protetta, la Società riconoscerà un indennizzo pari all'ammontare di quest'ultima rata, capitale ed interessi inclusi.

Liquidazione degli indennizzi successivi al primo.

- c) Una volta computato il primo indennizzo, per ogni successiva ulteriore Rata Mensile Protetta con scadenza nel periodo di ITT comprovato, la Società riconoscerà di volta in volta un indennizzo pari all'ammontare delle rate stesse, capitale ed interessi inclusi.

Periodo di Riqualificazione: Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per ITT, nessun indennizzo sarà corrisposto per successivi sinistri di ITT se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 60 giorni.

Se si verifica un nuovo periodo di ITT prima che siano trascorsi 60 giorni dal termine del precedente sinistro ITT indennizzato, il nuovo periodo di ITT viene considerato come la continuazione del precedente. In tal caso la franchigia sarà applicata univocamente sull'intero periodo, fermo il limite massimo per ciascun indennizzo di 12 rate consecutive. Nel caso di liquidazione secondo le modalità sopra riportate, ai fini di un nuovo indennizzo, il Periodo di Riqualificazione sarà conteggiato a partire dalla scadenza del periodo di ITT complessivamente considerato ai fini della liquidazione dell'indennizzo.

Nessuna Rata Mensile sarà indennizzata dalla Società qualora:

- l'ITT non sia più comprovata dal punto di vista medico;
- all'Assicurato sia riconosciuta una IPT ai sensi della SEZIONE B del presente contratto;

La Società indennizza i sinistri fino alla concorrenza:

- di un importo massimo di Euro 2.000,00 per ciascuna Rata Mensile;
- di un massimo di 12 Rate Mensili consecutive per ciascun sinistro, con il limite complessivo di 48 Rate Mensili per più sinistri verificatisi durante l'intera durata del contratto.

SEZIONE D - COPERTURA PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO

SEZIONE VALIDA PER STATO LAVORATIVO DICHIARATO CORRISPONDENTE A:

LAVORATORE DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO

ART. 35 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO

La Società indennizza la Rata Mensile Protetta per Perdita Involontaria di Impiego (di seguito PII), come calcolato al successivo Art. 36, qualora:

- a) lo Stato Lavorativo dell'Assicurato corrisponda a Lavoratore Dipendente del Settore Privato;
- b) l'Assicurato sia in possesso dei requisiti di assicurabilità indicati all'Art. 21;
- c) il sinistro si sia verificato durante il periodo di durata ed efficacia del contratto;
- d) dalla data di invio della lettera di licenziamento (o comunicazione equivalente con data certa) o la comunicazione dell'assoggettamento alla procedura di Mobilità sia trascorso il periodo di 45 giorni (Carenza) dalla data di effetto della copertura, durante il quale la garanzia PII non è operante;
- e) l'Assicurato possa comprovare un'anzianità minima di almeno 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- f) il periodo di PII sia superiore a 30 giorni consecutivi (Franchigia Assoluta);
- g) la PII non sia determinata dagli eventi esclusi all'Art. 24;
- h) l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi previsti all'Art. 27.

ART. 36 - MODALITÀ DI INDENNIZZO

In caso di Perdita Involontaria d'Impiego (PII), la Società liquida l'importo della Rata Mensile Protetta - calcolata nei modi e nei limiti indicati all'Art. 3 - prendendo come riferimento il periodo di PII compreso tra la data di accadimento del sinistro, incluso il periodo della franchigia, e la data di scadenza della PII accertata dalla documentazione medica.

Ciò premesso, la liquidazione degli indennizzi sarà effettuata con le modalità di seguito descritte:

Liquidazione del Primo indennizzo

- a) Superata la franchigia, qualora il periodo di PII accertato terminasse prima della successiva scadenza della Rata Mensile Protetta, la Società riconoscerà un indennizzo *pro rata temporis*. Pertanto, ogni giorno di PII compreso tra il termine del periodo di franchigia e la data di scadenza della rata predetta, verrà riconosciuta una somma pari ad 1/30 dell'ammontare della rata mensile, capitale ed interessi inclusi.
- b) Superata la franchigia, qualora il periodo di PII accertato comprenda la successiva data di scadenza della Rata Mensile Protetta, la Società riconoscerà un indennizzo pari all'ammontare di quest'ultima rata, capitale ed interessi inclusi.

Liquidazione degli indennizzi successivi al primo

- c) Una volta computato il primo indennizzo, per ogni successiva ulteriore Rata Mensile Protetta con scadenza nel periodo di PII comprovato, la Società riconoscerà di volta in volta un indennizzo pari all'ammontare delle rate stesse, capitale ed interessi inclusi.

Periodo di Riqualificazione: Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per PII, nessun indennizzo sarà corrisposto per successivi sinistri di PII se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione** pari a 60 giorni.

Nessuna Rata Mensile sarà indennizzata dalla Società qualora:

- l'Assicurato riprenda una normale stato di occupazione da Dipendente del Settore Privato;
- l'Assicurato raggiunga l'età di quiescenza e intervenga il pensionamento e un prepensionamento.

La Società indennizza i sinistri fino alla concorrenza:

- di un importo massimo di Euro 2.000,00 per ciascuna Rata Mensile;
- di un massimo di 12 Rate Mensili consecutive per ciascun sinistro, con il limite complessivo di 48 Rate Mensili per più sinistri verificatisi durante l'intera durata del contratto.

SEZIONE E - COPERTURA PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

**SEZIONE VALIDA PER STATO LAVORATIVO DICHIARATO CORRISPONDENTE A:
NON LAVORATORE**

ART. 37 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

La Società indennizza la Rata Mensile Protetta per Ricovero Ospedaliero (di seguito RO) conseguente ad Infortunio o Malattia, come calcolato al successivo Art. 38, qualora:

- a) lo Stato Lavorativo dell'Assicurato corrisponda a Non Lavoratore;
- b) l'Assicurato sia in possesso dei requisiti di assicurabilità indicati all'Art. 21;
- c) il sinistro si sia verificato durante il periodo di durata ed efficacia del contratto;
- d) il RO sia comprovato da idonea documentazione medica;
- e) sia trascorso il periodo di 45 giorni (Carenza) dalla data di effetto della copertura, durante il quale la garanzia RO conseguente a Malattia non è operante; il periodo di carenza non si applica, nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto agli accertamenti medici previsti per la sua abolizione indicati all'Art. 4;
- f) il periodo di RO sia superiore a 7 giorni consecutivi (Franchigia Assoluta);
- g) il RO non sia determinato dagli eventi esclusi all'Art. 24;
- h) l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi previsti all'Art. 27.

ART. 38 - MODALITÀ DI INDENNIZZO

In caso di Ricovero Ospedaliero (RO), la Società liquida l'importo della Rata Mensile Protetta - calcolata nei modi e nei limiti indicati all'Art. 3 - prendendo come riferimento il periodo di RO compreso tra la data di accadimento del sinistro, incluso il periodo della franchigia, e la data di scadenza del RO accertata dalla documentazione medica.

Ciò premesso, la liquidazione degli indennizzi sarà effettuata con le modalità di seguito descritte:

Liquidazione del Primo indennizzo.

- a) Superata la franchigia, qualora il periodo di RO accertato terminasse prima della successiva scadenza della Rata Mensile Protetta, la Società riconoscerà un indennizzo *pro rata temporis*. Pertanto, ogni giorno di RO compreso tra il termine del periodo di franchigia e la data di scadenza della rata predetta, verrà riconosciuta una somma pari ad 1/30 dell'ammontare della rata mensile, capitale ed interessi inclusi.
- b) Superata la franchigia, qualora il periodo di RO accertato comprenda la successiva data di scadenza della Rata Mensile Protetta, la Società riconoscerà un indennizzo pari all'ammontare di quest'ultima rata, capitale ed interessi inclusi.

Liquidazione degli indennizzi successivi al primo.

- c) Una volta computato il primo indennizzo, per ogni successiva ulteriore Rata Mensile Protetta con scadenza nel periodo di RO comprovato, la Società riconoscerà di volta in volta un indennizzo pari all'ammontare delle rate stesse, capitale ed interessi inclusi.

Periodo di Riqualificazione: Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per RO, nessun indennizzo sarà corrisposto per successivi sinistri di RO se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 60 giorni.

Nessuna Rata Mensile sarà indennizzata dalla Società qualora:

- il RO non sia più comprovato dal punto di vista medico;
- all'Assicurato sia riconosciuta una IPT ai sensi della SEZIONE B del presente contratto;

La Società indennizza i sinistri fino alla concorrenza:

- di un importo massimo di Euro 2.000,00 per ciascuna Rata Mensile;
- di un massimo di 12 Rate Mensili consecutive per ciascun sinistro, con il limite complessivo di 48 Rate Mensili per più sinistri verificatisi durante l'intera durata del contratto.



Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051) - Sede legale e Direzione Generale: Centro Direzionale "Milano Oltre" Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 Segrate (MI) - Telefono 02/269621 - www.assimoco.it

Finassimoco S.p.A.

PEC: finassimoco@legalmail.it
Capitale Sociale € 138.300.000,00 i.v.
Registro Imprese di Milano e C.F. n. 0327400582 -
R.E.A. n. 1499345 - P.I. n. 11711680154
Capogruppo del Gruppo Assimoco

Assimoco S.p.A.

Fax 02/26920266 - PEC: assimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 107.000.000,00 i.v.
Registro Imprese di Milano e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151 -
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e
Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n. 195 del 18.07.1979 - Albo Imprese IVASS n. 1.00051
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A.



Assimoco Vita S.p.A.

Fax 02/26920886 - PEC: assimocovita@legalmail.it - Capitale Sociale € 76.000.000,00 i.v.
Registro Imprese di Milano e C.F. n. 08407030587 - R.E.A. n. 1451110 - P.I. n. 11259010152 -
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e
Artigianato del 23.10.1990 - G.U. n. 279 del 29.11.1990 - Albo Imprese IVASS n. 1.00092
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A.



Edizione 02/2016

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003 N.196

Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (di seguito il "Codice"), Assimoco Vita S.p.A. e Assimoco S.p.A. (di seguito le "Società") in qualità di "Contitolari" del trattamento sono tenute a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali¹.

(A) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative²

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, le nostre Società devono disporre di dati personali che La riguardano - dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti³ e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge⁴ - e devono trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi. Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili⁵ strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela⁶, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e le nostre Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁷. Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e

¹Come previsto dall'art. 13 del Codice (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

² La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

³ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 7, punto d e punto e); altri soggetti pubblici (v. nota 7, punto f).

⁴ Ad esempio, per l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica, registrazione, conservazione, comunicazione e segnalazione imposti dai decreti legislativi nn. 231/2007 e 109/2007, in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi da attività criminose e finanziamento del terrorismo, nonché delle relative misure da attuare per prevenire, contrastare e reprimere il finanziamento del terrorismo e l'attività dei Paesi che minacciano la pace e la sicurezza internazionale, in attuazione della Direttiva 2005/60/CE.

⁵ Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.

⁶ Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

⁷ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- a. assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti (indicati nell'invito);
- b. società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento delle prestazioni; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito) tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per Tutela Legale (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; (v. tuttavia anche nota 10);
- c. società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- d. ANIA - Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici ((Via di San Nicola da Tolentino, 72 - Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
- e. organismi consortili propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati - quali : Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati - CIRT (Via dei Giuochi Istmi, 40 - Roma) per la valutazione dei rischi vita tarati, per l'acquisizione di dati relativi ad assicurati e assicurandi e il reciproco scambio degli stessi dati con le imprese assicuratrici consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati, per finalità strettamente connesse con l'assunzione dei rischi vita tarati nonché per la riassicurazione in forma consortile dei medesimi rischi, per la tutela dei diritti dell'industria assicurativa nel settore delle assicurazioni vita rispetto alle frodi; Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati (Via dei Giuochi Istmi, 40 - Roma), per la valutazione dei rischi vita di soggetti handicappati;
- f. nonché altri soggetti, quali: UIF - Unità di Informazione Finanziaria (Largo Bastia n° 35 Roma) in ottemperanza al D. Lgs. n° 231/2007, concernente la prevenzione e l'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo; Casellario Centrale Infortuni (Via Roberto Ferruzzi, 38 - Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Piazza Augusto Imperatore, 27 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma), INPDAI (Viale delle Province, 196 - Roma), INPGI (Via Nizza, 35 - Roma) ecc.; Ministero dell'Economia e delle Finanze; Casellario centrale dei Pensionati; Anagrafe tributaria (Via Mario Carucci, 99 - Roma) ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); Organi di controllo, altre Autorità ed Agenzie Fiscali quali ad esempio: IVASS-

trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti. Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

(B) Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali

Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento di Suoi dati da parte delle nostre Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi, nonché al fine della Sua partecipazione a manifestazioni a premio. Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano - in Italia o all'estero – come autonomi titolari⁸ il consenso riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati da tali soggetti. Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa. Pertanto, secondo che Lei sia o non sia interessato alle opportunità sopra illustrate, può liberamente concedere o negare il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati.

Nel caso di manifestazioni a premio, la Compagnia, ove non vi provveda direttamente, si impegna ad affidare il trattamento dei dati a soggetti operanti nel territorio italiano specificatamente autorizzati, che garantiscano il rispetto delle misure di sicurezza nella gestione dei dati stessi.

(C) Acquisizione dati personali dalla banca dati anagrafica dell'intermediario collocatore

Poiché i dati personali necessari a fornirLe i servizi di cui al punto (A) possono essere già presenti nella banca dati anagrafica dell'intermediario collocatore dei servizi, in tal caso la nostra Società, previo suo esplicito consenso, potrà acquisire tramite procedura informatica tali dati dalla banca dati di cui sopra. Qualora non intenda concedere il consenso a tale acquisizione automatica i dati verranno raccolti presso di Lei, da parte dell'operatore incaricato dell'intermediario collocatore, al momento della richiesta di stipulazione del contratto.

(D) Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati⁹ dalle nostre Società -contitolari del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali, partecipazioni a manifestazioni a premi; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati – in Italia o all'estero - per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa. Nelle nostre Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche all'estero - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa¹⁰; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Nel caso di manifestazioni a premio, la Compagnia, ove non vi provveda direttamente, si impegna ad affidare il trattamento dei dati a soggetti operanti nel territorio italiano specificatamente autorizzati, che garantiscano il rispetto delle misure di sicurezza nella gestione dei dati stessi. Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

(E) Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento¹¹. I diritti di cui all'articolo 7 del Codice Privacy sono esercitabili con richiesta rivolta senza formalità al Titolare nella persona dell'Amministratore Delegato, con sede in Segrate (MI), via Cassanese 224, e-mail privacy@assimoco.it¹²

L'elenco completo e aggiornato dei responsabili del trattamento è consultabile nella sezione Privacy del sito istituzionale www.assimoco.it

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso - per gli specifici trattamenti, comprese le comunicazioni e i trasferimenti, effettuati dalla nostra Società e per gli altrettanto specifici trattamenti, comprese le comunicazioni e i trasferimenti, effettuati dai soggetti della "catena assicurativa".

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (Via del Quirinale 21 - Roma) e Banca d'Italia (Via Nazionale, 91 – Roma), Agenzia delle Entrate; altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo e aggiornato dei soggetti di cui alle lettere precedenti è disponibile gratuitamente chiedendolo al Titolare del Trattamento.

⁸ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim. L'elenco completo e aggiornato dei suddetti soggetti è disponibile gratuitamente chiedendolo al Titolare del Trattamento.

⁹ Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

¹⁰ Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati.

Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa (v. nota 7 b).

¹¹ Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

¹² L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli al Titolare del Trattamento. L'elenco completo e aggiornato dei responsabili del trattamento è conoscibile in modo agevole anche nel sito internet.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Scheda di Adesione (Proposta)n° _____ Assicurando _____

Età: _____ anni Capitale assicurato: Euro _____

1. È titolare di pensione di invalidità e/o inabilità ovvero durante gli ultimi 5 anni ha interrotto la sua attività lavorativa per più di 1 mese per problemi di salute (salvo che per ragioni legate alla maternità anticipata o all'ordinario congedo di maternità)?	SI	NO
2. Durante gli ultimi 5 anni ha subito ricoveri o interventi chirurgici e/o è attualmente in attesa di ricovero (con esclusione dei ricoveri o interventi dei seguenti tipi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, chirurgia estetica, asportazione chirurgica nei di natura benigna)?	SI	NO
3. Ha in corso alcuna terapia medica (farmacologica e non) di durata continuativa superiore ai 21 giorni (con esclusione di terapie a base di anticoncezionali, anti-istaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)?	SI	NO
4. Soffre e/o ha sofferto di una delle seguenti patologie: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV?	SI	NO
5. L'Assicurando ritiene utile o necessario dichiarare ulteriori informazioni in merito al suo stato di salute relativamente ad eventuali malattie o patologie pregresse non rilevate dalle domande precedenti? (In caso di risposta affermativa scrivere nello spazio sotto riportato) _____ _____	SI	NO
6. L'Assicurando svolge una professione pericolosa come, ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> - Pilota, anche istruttore, di aeromobili, elicotteri e/o di velivoli per il volo - Hostess, stewards, membri di equipaggio a bordo di aeromobili ed elicotteri - Collaudatore di autoveicoli, motoveicoli e motocicli - Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti) - Cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi) - Addetto di impianti di energia nucleare - Fabbricante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio - Fabbricante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive e tossiche - Palombaro, sommergebilista - Acrobata, domatore, addestratore di animali operanti in circhi o spettacoli - Controfigure, stuntman - Guardiafili - Componente (ufficiale, sottufficiale, truppa) in servizio professionale attivo nell'Esercito - Componente (ufficiale, sottufficiale, truppa) in servizio professionale attivo nella Marina Militare - Componente (ufficiale, sottufficiale, truppa) in servizio professionale attivo nell'Aeronautica Militare - Carabinieri che effettuano missioni militari di peacekeeping all'estero - Sportivi professionisti, intendendosi per tali i soggetti che producono reddito da lavoro dall'attività sportiva. 	SI	NO

N.B.:

- a) Il rilascio delle presenti dichiarazioni da parte dell'Assicurando è condizione necessaria per l'emissione della polizza. Nel caso in cui dalle dichiarazioni fornite dall'Assicurando non emergano fattori di rischio, fermo restando i limiti assuntivi relativi al capitale e all'età, sarà possibile procedere immediatamente all'emissione della polizza con l'applicazione del periodo di Carenza regolato dalle Condizioni di Assicurazione. In caso contrario, l'emissione del contratto potrà avvenire solo previa valutazione da parte della Direzione della Società
- b) 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
- c) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera b) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario
- d) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica presso medici o strutture di sua fiducia per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo è a carico dell'Assicurando.

L'Assicurando dichiara, infine, di essere a conoscenza che le Malattie diagnostiche e gli Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del presente documento, nonché le relative conseguenze e seguiti, non saranno coperti dall'assicurazione nel caso in cui non siano stati dichiarati e opportunamente valutati dalla Società come assicurabili.

L'Assicurando

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Scheda di Adesione (Proposta) n° _____ Assicurando _____

Età: _____ anni Capitale assicurato: Euro _____

<p>1. L'Assicurando è in buono stato di salute? Per buono stato si intende che l'Assicurando non è (o non è stato) affetto da Malattie psico-fisiche o lesioni traumatiche, le quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - abbiano comunque determinato postumi invalidanti, riducendo l'integrità psico-fisica (inducendo inabilità e/o invalidità) <u>oppure</u> - abbiano imposto la necessità di effettuare periodici controlli clinici e/o strumentali (anche se non frequenti) <u>oppure</u> - abbiano resa necessaria l'assunzione continuativa di farmaci. <p>A tal proposito non rientrano tra le patologie significative: ernie, appendicite, colecistite, tonsille, vene varicose, emorroidi, patologie traumatiche con modesti postumi</p>	SI	NO
<p>2. L'Assicurando ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure, interventi o esami, oppure è previsto un ricovero o intervento oppure visite/accertamenti per una delle seguenti Malattie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infarto, angina pectoris, soffi al cuore, artero o arterosclerosi, ipertensione, malattie coronariche, insufficienza cardiaca e cardiomiopatie, turbe del ritmo, patologie valvolari, patologie dell'aorta. - Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), epilessia, infezioni e ascessi cerebrali, meningiti, malattie demielinizzanti (sclerosi multiple,..), malattie del midollo spinale e del sistema nervoso periferico, aneurisma. - Tumori benigni e maligni, "polipi" o diverticoli intestinali, leucemie, linfomi e mielomi, Malattia di Hodgkin e "non Hodgkin", anemie e talassemie, trombocitopenia e disfunzione piastrinica, disturbi della coagulazione, - Diabete o valori di glicemia superiore a 110 mg/dl. - Ulcera del tratto digerente, varici, disturbi dell'esofago e della deglutizione, pancreatite, malattie infiammatorie dell'intestino (morbo di Crohn, colite ulcerosa), epatopatia alcolica, epatiti pregresse o in atto, disordini della colecisti e delle vie biliari. - Insufficienza renale, nefriti, malattie glomerulari, nefrosi, cisti renali acquisite e displasia renale cistica congenita, calcolosi renale ricorrente, polipi o papillomi vescicali, ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (presenza di albumina o proteine nelle urine). - Patologie della prostata e del tratto genito-urinario - Malattie della mammella (mastopatia fibrocistica, referti patologici di mammografia o ecografia mammaria, noduli mammari). - Malattie neurologiche e/o mentali. - Malattie dell'ipofisi, della tiroide e surrenaliche - Patologie reumatiche ed autoimmuni, vasculiti, patologie articolari (artrite reumatoide, spondiloartropatie), gotta, osteoporosi 	SI	NO
<p>3. L'Assicurando si è mai sottoposto ad un test di valutazione per sieropositività all'HIV (AIDS o Malattie HIV-correlate) con esito positivo?</p>	SI	NO
<p>4. L'Assicurando si è mai sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari (<i>ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, scintigrafie, radiografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, mammografia</i>), al di fuori dei normali controlli di routine, oppure è in attesa di effettuare indagini diagnostiche particolari?</p>	SI	NO

<p>5. Nell'anamnesi familiare dell'Assicurando risultano uno o più casi della stessa Malattia fra quelle elencate prima dell'età di 60 anni? (<i>Malattie del cuore o cardiocircolatorie, innesto di bypass, ictus, infarto miocardio, insufficienza renale, rene policistico, tumori benigni o maligni, ipertensione, diabete, Malattie del colon-retto, polipi del colon, Alzheimer, morbo di Parkinson, Malattie genetiche e Malattia del motoneurone, ipertensione e morbo di Huntington.</i>)</p>	SI	NO
<p>6. L'Assicurando beneficia, ha fatto richiesta o ha intenzione di fare richiesta di pensione di invalidità o riconoscimento stato invalidante?</p>	SI	NO
<p>7. L'Assicurando è affetto da obesità o magrezza? (differenza tra l'altezza in cm e il peso in Kg inferiore a 80 o superiore a 120)</p>	SI	NO
<p>8. L'Assicurando fa/ha fatto abuso di alcool, nonché uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope e simili?</p>	SI	NO
<p>9. All'Assicurando sono state già riconosciute da INPS/INAIL invalidità permanenti totali conseguenti a malattia e/o infortunio superiori al 10%?</p>	SI	NO
<p>10. L'Assicurando ritiene utile o necessario dichiarare ulteriori informazioni in merito al suo stato di salute relativamente ad eventuali malattie o patologie pregresse non rilevate dalle domande precedenti? (In caso di risposta affermativa scrivere nello spazio sotto riportato)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	SI	NO
<p>11. L'Assicurando svolge una professione pericolosa come, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilota, anche istruttore, di aeromobili, elicotteri e/o di velivoli per il volo - Hostess, stewards, membri di equipaggio a bordo di aeromobili ed elicotteri - Collaudatore di autoveicoli, motoveicoli e motocicli - Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti) - Cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi) - Addetto di impianti di energia nucleare - Fabbricante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio - Fabbricante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive e tossiche - Palombaro, sommergibilista - Acrobata, domatore, addestratore di animali operanti in circhi o spettacoli - Controfigure, stuntman - Guardiafili - Componente (ufficiale, sottufficiale, truppa) in servizio professionale attivo nell'Esercito - Componente (ufficiale, sottufficiale, truppa) in servizio professionale attivo nella Marina Militare - Componente (ufficiale, sottufficiale, truppa) in servizio professionale attivo nell'Aeronautica Militare - Carabinieri che effettuano missioni militari di peacekeeping all'estero - Sportivi professionisti, intendendosi per tali i soggetti che producono reddito da lavoro dall'attività sportiva. 	SI	NO

N.B.:

- a) Il rilascio delle presenti dichiarazioni da parte dell'Assicurando è condizione necessaria per l'emissione della polizza. Nel caso in cui dalle dichiarazioni fornite dall'Assicurando non emergano fattori di rischio, fermo restando i limiti assuntivi relativi al capitale e all'età, sarà possibile procedere immediatamente all'emissione della polizza con l'applicazione del periodo di Carenza regolato dalle Condizioni di Assicurazione. In caso contrario, l'emissione del contratto potrà avvenire solo previa valutazione da parte della Direzione della Società
- b) 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
- c) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera b) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario
- d) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica presso medici o strutture di sua fiducia per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo è a carico dell'Assicurando.

L'Assicurando dichiara, infine, di essere a conoscenza che le Malattie diagnosticate e gli Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del presente documento, nonché le relative conseguenze e seguiti, non saranno coperti dall'assicurazione nel caso in cui non siano stati dichiarati e opportunamente valutati dalla Società come assicurabili.

L'Assicurando

ACCERTAMENTI SANITARI**(da richiedersi in rapporto all'entità del capitale da assicurare)**

Ferma la facoltà delle Società di richiedere, nei casi in cui lo si consideri necessario per l'esatta valutazione dei rischi, documentazione integrativa, l'emissione del contratto richiede, in relazione al livello dei capitali complessivamente sotto rischio, la seguente documentazione:

CAPITALI	ACCERTAMENTI SANITARI
Fino a 300.000,00 Euro	<i>Per Assicurandi che richiedano il contratto senza l'applicazione del periodo di Carenza:</i> -visita medica da parte del medico di famiglia (Rapporto di visita medica); -esame completo delle urine in laboratorio
Superiore a 300.000,00 Euro e fino a 400.000,00 in presenza di qualsiasi età	-visita medica da parte del medico di famiglia (Rapporto di visita medica); -esame completo delle urine in laboratorio; -ECG a riposo; -glicemia e creatininemia; -colesterolemia totale, HDL, trigliceridemia; -transaminasi, Gamma G.T., bilirubinemia totale e frazionata, protidogramma elettroforetico, fosfatasi alcalina, tempo di protrombina; -emocromo completo con conta piastrine; -PSA; -VES; -Hbs Ag e HCV

Pagina bianca per esigenze tipografiche

GLOSSARIO

Il presente Glossario è aggiornato alla data del 29 Marzo 2017.

Per agevolare la comprensione dei termini assicurativi che ricorrono con maggior frequenza si riportano, di seguito, quelli di uso più comune con le relative definizioni:

ASSICURATO

La persona fisica che risponda ai requisiti di assicurabilità previsti dall'assicurazione e che abbia acconsentito alla conclusione del contratto ai sensi dell'Art. 1919 del Codice Civile.

BENEFICIARIO

Persone fisiche o giuridiche che hanno il diritto di riscuotere la prestazione assicurata al verificarsi degli eventi previsti contrattualmente.

CAPITALE ASSICURATO

Corrisponde al capitale, quale risulta dal piano di decrescenza riportato nella Scheda di Adesione, in essere alla data in cui si verifica uno degli eventi previsti dalle garanzie a copertura del capitale: Decesso e Invalidità Permanente Totale.

CARENZA

Periodo di tempo, a partire dalla data di effetto della polizza durante il quale le coperture assicurative non sono efficaci. **Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, le Società non corrispondono le prestazioni assicurate.**

CONFLITTO DI INTERESSI

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

CONTRAENTE

Il soggetto persona giuridica che sottoscrive la Convenzione.

CONVENZIONE

Il contratto di assicurazione in forma collettiva stipulato fra le Società e la Contraente.

DATA DI DECORRENZA

Termine dal quale le garanzie assicurative cominciano ad operare.

DISOCCUPAZIONE

Lo stato di cessazione della Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato, Lavoratore Dipendente, immediatamente prima del sinistro, a condizione che l'Assicurato stesso:

- sia iscritto nelle liste di disoccupazione presso il Centro per l'Impiego in Italia o percepisca un'indennità che in virtù delle norme vigenti si identifica in quanto previsto al titolo I del D.lgs N 22 04/03/2015 (Nuova Prestazione di Assicurazione Sociale per l'Impiego - NASpl) o un'indennità da trattamento di mobilità oppure altra forma analoga di indennità prevista da evoluzione in materia;
- non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

DURATA CONTRATTUALE

Periodo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza delle garanzie.

ENTE

Soggetto fornito di personalità giuridica e società e associazioni anche prive di personalità giuridica.

ENTE PRIVATO

Ogni soggetto fornito di personalità giuridica e società e associazioni anche prive di personalità giuridica diversi dall'Ente Pubblico e che non siano comunque riconducibili alla nozione di Pubblica Amministrazione.

ENTE PUBBLICO

Ogni soggetto dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, con esclusione degli enti pubblici economici.

ESCLUSIONI

Rischi esclusi o limitazioni relativi alle coperture assicurative prestate dalle Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

ETÀ CONTRATTUALE

Età, espressa in anni, compiuta all'ultimo compleanno dell'Assicurato. Qualora l'ultimo compleanno preceda di sei mesi o più la data di decorrenza, l'età compiuta viene aumentata di un anno.

FINANZIAMENTO A SAL (Stato avanzamento lavori)

Il finanziamento che prevede l'erogazione dell'importo finanziamento, sino al raggiungimento del totale richiesto, in più riprese, sulla base di un progetto e dello stato di avanzamento dei lavori di costruzione/ristrutturazione certificati dalla relazione di un perito incaricato dalla Banca.

FINANZIAMENTO EROGATO A NUOVO

Il finanziamento che al giorno di emissione della polizza/proposta sia stato erogato da non più di 90 giorni. Si intendono finanziamenti a nuovo anche quelli derivanti da: surroga, consolidamento debiti rinegoziazione, accollo.

FRANCHIGIA

La parte del danno indennizzabile, indicato in valore assoluto o in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

GARANTE

La persona fisica che si impegna, di solito mediante fideiussione, a subentrare nel debito nel caso in cui il debitore si trovi nell'impossibilità di saldare le rate di un finanziamento.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Perdita temporanea, in misura totale (100%), della capacità fisica dell'Assicurato di attendere alla sua abituale attività lavorativa.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalle Società, in base alle coperture assicurative di cui alle presenti polizze, a seguito del verificarsi del sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente riscontrabili. Sono inoltre parificati ad infortunio: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, l'annegamento o il congelamento, i colpi di sole o di calore, le lesioni determinate da sforzo (escluse le ernie), gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale, a seguito di infortunio o malattia, della capacità dell'Assicurato di attendere allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione, il cui grado percentuale, valutato in base alla tabella contenuta nell'allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965, n. 1124 (tabella INAIL) e successive modifiche ed integrazioni, **esclusa in ogni caso l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. 23/02/2000, n. 38**, sia uguale o superiore al 60%.

ISTITUTO DI CURA

Struttura sanitaria a gestione pubblica o privata, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità alle prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. **Sono esclusi: stabilimenti termali, case di riposo, strutture di convalescenza e di lungodegenza, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici, dietetici, fisioterapici, riabilitativi.**

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, succeduto all'ISVAP in tutti i poteri, le funzioni e le competenze, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle società di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

LAVORATORE AUTONOMO

La persona fisica che debba presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione da cui risulta la percezione di uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, N. 917 e successive modifiche o la percezione di reddito derivante dalla partecipazione in società di persone.

Sono parificati ai Lavoratori Autonomi e coperti dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale:

- i collaboratori coordinati e continuativi, i lavoratori a progetto, i lavoratori che svolgono la loro attività nell'ambito di contratti di lavoro intermittente o lavoro ripartito, i lavoratori con contratto di inserimento, di tirocinio estivo di orientamento, di lavoro occasionale di tipo accessorio.
- i soggetti che godono dei redditi di cui all'Art. 50 comma 1 del D.P.R. 22 dicembre 1986, N. 917 e successive modifiche:
 - lettera c): beneficiari di borse, assegni o sussidi ai fini di studio o addestramento;
 - lettera g): beneficiari di indennità parlamentari e assimilate, inclusi gli appartenenti al clero.

LAVORATORE DIPENDENTE DEL PUBBLICO IMPIEGO

Il lavoratore dipendente come descritto nella successiva definizione di Lavoratore Dipendente del settore Privato, ma con contratto di lavoro del pubblico impiego.

LAVORATORE DIPENDENTE DEL SETTORE PRIVATO

La persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria (esclusi i soggetti equiparati a Lavoratore Autonomo) alle dipendenze di altri in forza di un contratto di lavoro subordinato - **non del Pubblico Impiego** - a tempo indeterminato o determinato regolato dalla Legge Italiana comportante un obbligo di prestazione contrattuale non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì equiparati a Lavoratore Dipendente gli apprendisti, i soci di cooperative, il personale artistico.

LIQUIDAZIONE

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

NON LAVORATORE

La persona fisica che non sia Lavoratore autonomo, Lavoratore dipendente del pubblico impiego, Lavoratore dipendente del settore privato. **Sono equiparati a Non lavoratore i pensionati, le casalinghe e gli studenti.**

NORMALE ATTIVITÀ LAVORATIVA

L'attività retributiva o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del sinistro.

PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

L'intervenuto stato di disoccupazione immediatamente prima del sinistro.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale, della cessazione dello stato di disoccupazione per Perdita Involontaria d'Impiego e del Ricovero Ospedaliero da parte dell'Assicurato. Durante tale periodo, prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo sinistro, l'Assicurato deve ritornare a svolgere la Normale Attività Lavorativa (garanzia Inabilità Temporanea Totale), l'attività di lavoratore subordinato (garanzia Perdita Involontaria d'Impiego) o non deve essere ricoverato anche solo per una notte (garanzia Ricovero Ospedaliero).

PREAMMORTAMENTO (PERIODO DI)

Periodo di durata massima pari a dodici mesi durante il quale il Capitale Assicurato iniziale rimane costante.

PREMIO

Somma che il Richiedente corrisponde a fronte delle prestazioni garantite dalle Società.

PROPOSTA

Documento mediante il quale è manifestata la volontà dell'Assicurando di stipulare il contratto e in cui vengono raccolti i dati necessari per l'emissione di quest'ultimo.

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Lo Stato, le Regioni, le Province anche ad ordinamento autonomo, i Comuni e tutte le loro articolazioni organizzative, le Comunità montane, i consorzi e le associazioni fra enti pubblici territoriali, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, tutti gli enti non economici dotati di personalità giuridica di diritto pubblico, fra i quali -a titolo esemplificativo e non esaustivo- gli istituti e scuole di ogni ordine e grado, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, le Autorità portuali.

RATA MENSILE PROTETTA

La rata di riferimento mensile utilizzata per il calcolo dell'indennizzo relativo alle garanzie Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita Involontaria d'Impiego e Ricovero Ospedaliero e riportata nella Scheda di Adesione.

RECESSO

Diritto del Richiedente o della Società di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

RICHIEDENTE

Il titolare di un contratto di finanziamento o relativo Garante che aderisce alle polizze collettive e versa il premio dovuto. Nel caso in cui il Richiedente sia una persona fisica lo stesso coincide con l'Assicurato.

RICOVERO OSPEDALIERO

Permanenza in Istituto di Cura resa necessaria da Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in Day Hospital o in ambulatorio, che comporti pernottamento.

RISERVA MATEMATICA

Importo che la Società costituisce accantonando parte del premio versato dall'Assicurato per far fronte agli obblighi futuri assunti verso i Beneficiari.

RUOLO RILEVANTE

Ruolo rivestito dall'Assicurato nei confronti del Richiedente impresa individuale o Ente secondo le specifiche riportate nella tabella di cui all'Art. 21.

SCHEDA DI ADESIONE

Documento che comprova l'esistenza del contratto.

SOCIETA'

Assimoco Vita S.p.A. e Assimoco S.p.A.

TAN

Tasso annuo nominale di interesse indicato nella scheda di adesione e utilizzato per il calcolo del piano di decrescenza del contratto assicurativo.

Si riportano nelle pagine seguenti il Fac-Simile della Proposta e della Scheda di Adesione.

La valutazione di adeguatezza del contratto e il piano di decrescenza del Capitale Assicurato comuni ad ogni singolo documento sono riportati una sola volta.

DETERMINAZIONE DEL PREMIO DI ASSICURAZIONE

PREMIO AL PERFEZIONAMENTO		€999.999,99	
DAL	00/00/0000	AL	00/00/0000
COSÌ COMPOSTO:		ASSIMOCO VITA S.P.A.	ASSIMOCO S.P.A.
Premio totale		€999.999,99	€999.999,99
Costi inclusi nel premio, di cui		€999.999,99	€999.999,99
<ul style="list-style-type: none"> • Importo percepito dall'intermediario • Spese di emissione/amministrazione 		€999.999,99	€999.999,99
Imposte di legge		=====	€999.999,99

PREMIO ANNUO		€999.999,99	
DAL	00/00/0000	AL	00/00/0000
COSÌ COMPOSTO:		ASSIMOCO VITA S.P.A.	ASSIMOCO S.P.A.
Premio totale		€999.999,99	€999.999,99
Costi inclusi nel premio, di cui		€999.999,99	€999.999,99
<ul style="list-style-type: none"> • Importo percepito dall'intermediario • Spese di emissione/amministrazione 		€999.999,99	€999.999,99
Imposte di legge		=====	€999.999,99

PREMI ANNUI DA CORRISPONDERE AD OGNI RICORRENZA ANNUALE DEL GG/MM		€999.999,99	
DAL	00/00/0000	AL	00/00/0000
COSÌ COMPOSTO:		ASSIMOCO VITA S.P.A.	ASSIMOCO S.P.A.
Premio totale		€999.999,99	€999.999,99
Costi inclusi nel premio, di cui		€999.999,99	€999.999,99
<ul style="list-style-type: none"> • Importo percepito dall'intermediario • Spese di emissione/amministrazione 		€999.999,99	€999.999,99
Imposte di legge		=====	€999.999,99

PREMIO FINALE		€999.999,99	
DAL	00/00/0000	AL	00/00/0000
COSÌ COMPOSTO:		ASSIMOCO VITA S.P.A.	ASSIMOCO S.P.A.
Premio totale		€999.999,99	€999.999,99
Costi inclusi nel premio, di cui		€999.999,99	€999.999,99
<ul style="list-style-type: none"> • Importo percepito dall'intermediario • Spese di emissione/amministrazione 		€999.999,99	€999.999,99
Imposte di legge		=====	€999.999,99

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE

L'Assicurando, ai fini della validità della copertura assicurativa, conferma le dichiarazioni rese nell'apposito questionario, che forma parte integrante della proposta, in merito al proprio stato di salute e alla situazione lavorativa, dichiarazioni che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Società.

L'Assicurando dichiara altresì di essere a conoscenza che le malattie diagnosticate e gli infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione della presente dichiarazione, nonché le relative conseguenze e seguiti, non saranno coperti dall'assicurazione nel caso in cui non siano stati dichiarati e opportunamente valutati dalla Società come assicurabili.

AVVERTENZE

Con riferimento alle dichiarazioni che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Società, necessarie per la conclusione del contratto, l'Assicurando prende atto che qualora le stesse siano non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione delle predette dichiarazioni, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle stesse. Anche nei casi non espressamente previsti dalle Società, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute; il costo è a suo carico.

L'Assicurando libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni lo stesso sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione della presente proposta, nonché gli ospedali, le cliniche, le case di cura, gli enti e istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, ai quali, le Società decidessero di rivolgersi, espressamente autorizzandoli e invitandoli a rilasciarle ogni informazione, certificazione e documentazione utile alle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

L'Assicurando dichiara infine, ad ogni effetto di Legge, che tutte le informazioni e i dati personali contenuti nella presente proposta sono veritiere ed esatte. Dichiara, inoltre, di non aver taciuto, ommesso o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande e alle dichiarazioni riportate, assumendo ogni responsabilità in relazione alle stesse. Per quanto precede, l'Assicurando prende atto che le dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione della denuncia del sinistro possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

Il Richiedente (se diverso dall'Assicurando) _____ L'Assicurando _____

DICHIARAZIONI DI ADESIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

L'Assicurando dichiara di aderire alla copertura abbinata al contratto di finanziamento stipulato presso la Contraente, dando espressamente il suo consenso alla conclusione del contratto ai sensi dell'art. 1919, Il comma C.C..

L'Assicurando dichiara altresì di avere ricevuto/di aver richiesto di ricevere via mail, l'Informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Privacy), e di acconsentire al trattamento dei dati personali di cui alla lettera A, di _____ acconsentire al trattamento dei dati personali di cui alla lettera B e di _____ acconsentire all'acquisizione dei dati personali tramite la procedura informatica di cui alla lettera C.

L'Assicurando _____

DICHIARAZIONE DA SOTTOSCRIVERE SOLO IN CASO DI RICHIEDENTE IMPRESA INDIVIDUALE O ENTE

In presenza di un Richiedente impresa individuale o Ente, l'Assicurando autorizza quest'ultimo a stipulare il presente contratto di assicurazione, dichiarando di rivestire un "ruolo rilevante" nei confronti del Richiedente stesso.

A tale scopo la presente polizza viene stipulata dal Richiedente a copertura - nei limiti e alle condizioni in essa previsti - del pregiudizio economico che allo stesso possa derivare da uno degli eventi garantiti subiti dall'Assicurando.

Gli indennizzi liquidati a termini di polizza verranno versati unicamente al Richiedente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per la Società. Il Richiedente si impegna a sollevare la Società solvente da ogni eventuale pretesa che da chiunque e a qualsiasi titolo dovesse essere avanzata in relazione all'oggetto del presente contratto.

Relativamente alla garanzie offerte da ASSIMOCO S.p.A. l'Assicurando dichiara di acconsentire a che beneficiario delle prestazioni previste dalla polizza stessa sia il Richiedente, rinunciando espressamente al diritto di revocare tale designazione.

Il Richiedente _____

L'Assicurando _____

COPERTURA ABBINATA A FINANZIAMENTO A RATA COSTANTE E DURATA VARIABILE

La presente polizza viene emessa in abbinamento a un finanziamento a rata costante e durata variabile.

Il Richiedente dichiara di essere consapevole che eventuali future variazioni del tasso di interesse del finanziamento potrebbero determinare una durata del finanziamento stesso superiore alla durata contrattuale della polizza. In ogni caso le coperture assicurative saranno operanti solo fino alla data di scadenza del contratto assicurativo, indipendentemente dalla durata del finanziamento.

Il Richiedente _____

Il Richiedente dichiara di aderire alle presenti polizze collettive e, apponendo la firma in calce alla presente, dichiara di conoscere ed accettare le allegate condizioni di polizza, di avere ricevuto/di aver richiesto di ricevere via mail, l'Informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Privacy) e di acconsentire al trattamento dei dati personali di cui alla lettera A e di _____ acconsentire al trattamento dei dati personali di cui alla lettera B e di _____ acconsentire all'acquisizione dei dati personali tramite la procedura informatica di cui alla lettera C.

Il Richiedente (se diverso dall'Assicurando) _____

Il Richiedente, con la sottoscrizione del presente documento di proposta, dichiara di aver preso piena conoscenza e di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 del Codice Civile, la Premessa nonché gli articoli delle Condizioni di Assicurazione qui di seguito richiamati: Art. 1 Durata della copertura assicurativa; Art. 4 Valutazione dello stato di salute/proposta di assicurazione: Revoca della Proposta; Art. 6 Decorrenza dell'assicurazione; Art. 8 Diritto di recesso del Richiedente; Art. 9 Decadenza e/o sospensione dell'assicurazione; Art. 11 Carenza contrattuale; Art. 12 Dichiarazioni dell'Assicurato; Art. 19 Foro competente; Art. 21 Requisiti di assicurabilità; Art. 24 Rischi esclusi dall'assicurazione; Art. 25 Validità territoriale; Art. 26 Arbitrato/Collegio Medico; Art. 27 Denuncia di sinistro e obblighi relativi; Art. 29 Sinistro che colpisca più teste; Art. 30 Riscatto.

Il Richiedente _____

IL RICHIEDENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO DALLA CONTRAENTE IL FASCICOLO INFORMATIVO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, CONTENENTE LE NOTE INFORMATIVE, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, IL GLOSSARIO, E IL FAC-SIMILE DELLE SCHEDE DI ADESIONE E PREDISPOSTO AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVAP (ORA IVASS) N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.

Il Richiedente _____

PAGAMENTO DEL PREMIO

I premi a favore delle Società sono a carico del Richiedente e devono essere corrisposti con cadenza annuale al competente soggetto abilitato in qualità di intermediario delle Società stesse, mediante una delle seguenti modalità:

- addebito automatico sul conto corrente del Richiedente previa autorizzazione del titolare del conto corrente stesso, salvo buon fine. In caso di modifica o di chiusura di tale conto, al fine di garantire la continuità dei pagamenti successivi, il Richiedente è tenuto a comunicare la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza della rata di premio successiva;
- bonifico bancario.

Proposta emessa a XXX il 99/99/9999.

L'Intermediario _____



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CONVENZIONE N°. X.XXX.XXX

SCHEDA DI ADESIONE ASSIMOCO VITA S.P.A. N° X XXX XX XX XXXXXX XXX

SCHEDA DI ADESIONE ASSIMOCO S.P.A. N° X XXX XX XX XXXXXX XXX

Table with 3 columns: Field Name, Value 1, Value 2. Includes fields: INTEREDIARIO CODICE 999, ABI 99999, CAB 99999; TARIFFA ASSIMOCO VITA S.P.A., Assicurazione temporanea caso morte...; CODICE XXXX; PRODOTTO ASSIMOCO S.P.A., XXXXXXXXXXXXXXX; CODICE Xxx/xxxx; CONTRAENTE, P.IVA, RICHIEDENTE DELLA COPERTURA, CODICE FISCALE/P.IVA; ASSICURATO, NATO IL 99/99/9999, SESSO X, ETÀ 999, CODICE FISCALE XXXXXXXXXXXXXXX; BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO...; BENEFICIARI COPERTURE PRESTATE DA ASSIMOCO S.P.A.; DECORRENZA ORE 24.00 99/99/9999, SCADENZA ORE 24.00 99/99/9999, DURATA (MESI, GIORNI) 99,22, NUM PREMI XX; TACITO RINNOVO: NO, RICORRENZA PAGAMENTO PREMI SUCCESSIVI AL PERFEZIONAMENTO GG/MM; CAPITALE ASSICURATO INIZIALE: €999.999.999,99, RATA MENSILE PROTETTA: €999.999.999,99

NUMERO CONTRATTO FINANZIAMENTO: 99999999999999999999
ENTE EROGATORE: XX

CONDIZIONI OPERANTI
VALGONO LE CONDIZIONI RELATIVE ALLA CONVENZIONE N. XXXXXXXX DI CUI SI ALLEGA FASCICOLO INFORMATIVO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
VALGONO LE CONDIZIONI PER CONTRATTI STIPULATI CON/SENZA VISITA MEDICA.

COPERTURE OFFERTE
XXX
XXX
XXX

DETERMINAZIONE DEL PREMIO DI ASSICURAZIONE

PREMIO AL PERFEZIONAMENTO		€999.999,99	
DAL	00/00/0000	AL	00/00/0000
COSÌ COMPOSTO:		ASSIMOCO VITA S.P.A.	ASSIMOCO S.P.A.
Premio totale		€999.999,99	€999.999,99
Costi inclusi nel premio, di cui		€999.999,99	€999.999,99
<ul style="list-style-type: none"> • Importo percepito dall'intermediario • Spese di emissione/amministrazione 		€999.999,99	€999.999,99
Imposte di legge		=====	€999.999,99
PREMIO ANNUO		€999.999,99	
DAL	00/00/0000	AL	00/00/0000
COSÌ COMPOSTO:		ASSIMOCO VITA S.P.A.	ASSIMOCO S.P.A.
Premio totale		€999.999,99	€999.999,99
Costi inclusi nel premio, di cui		€999.999,99	€999.999,99
<ul style="list-style-type: none"> • Importo percepito dall'intermediario • Spese di emissione/amministrazione 		€999.999,99	€999.999,99
Imposte di legge		=====	€999.999,99
PREMI ANNUI DA CORRISPONDERE AD OGNI RICORRENZA ANNUALE DEL GG/MM		€999.999,99	
DAL	00/00/0000	AL	00/00/0000
COSÌ COMPOSTO:		ASSIMOCO VITA S.P.A.	ASSIMOCO S.P.A.
Premio totale		€999.999,99	€999.999,99
Costi inclusi nel premio, di cui		€999.999,99	€999.999,99
<ul style="list-style-type: none"> • Importo percepito dall'intermediario • Spese di emissione/amministrazione 		€999.999,99	€999.999,99
Imposte di legge		=====	€999.999,99
PREMIO FINALE		€999.999,99	
DAL	00/00/0000	AL	00/00/0000
COSÌ COMPOSTO:		ASSIMOCO VITA S.P.A.	ASSIMOCO S.P.A.
Premio totale		€999.999,99	€999.999,99
Costi inclusi nel premio, di cui		€999.999,99	€999.999,99
<ul style="list-style-type: none"> • Importo percepito dall'intermediario • Spese di emissione/amministrazione 		€999.999,99	€999.999,99
Imposte di legge		=====	€999.999,99

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE

L'Assicurato, ai fini della validità della copertura assicurativa, conferma le dichiarazioni rese nell'apposito questionario, che forma parte integrante della polizza, in merito al proprio stato di salute e alla situazione lavorativa, dichiarazioni che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Società.

L'Assicurato dichiara altresì di essere a conoscenza che le malattie diagnosticate e gli infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione della presente dichiarazione, nonché le relative conseguenze e seguiti, non saranno coperti dall'assicurazione nel caso in cui non siano stati dichiarati e opportunamente valutati dalla Società come assicurabili.

AVVERTENZE

Con riferimento alle dichiarazioni che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Società, necessarie per la conclusione del contratto, l'Assicurato prende atto che qualora le stesse siano non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione delle predette dichiarazioni, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle stesse. Anche nei casi non espressamente previsti dalle Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute; il costo è a suo carico.

L'Assicurato libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni lo stesso sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione della presente polizza, nonché gli ospedali, le cliniche, le case di cura, gli enti e istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, ai quali, anche dopo il verificarsi del sinistro, le Società decidessero di rivolgersi, espressamente autorizzandoli e invitandoli a rilasciarle ogni informazione, certificazione e documentazione utile alle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

L'Assicurato dichiara infine, ad ogni effetto di Legge, che tutte le informazioni e i dati personali contenuti nella presente polizza sono veritiere ed esatte. Dichiara, inoltre, di non aver taciuto, ommesso o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande e alle dichiarazioni riportate, assumendo ogni responsabilità in relazione alle stesse. Per quanto precede, l'Assicurato prende atto che le dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione della denuncia del sinistro possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

Il Richiedente (se diverso dall'Assicurato) _____ L'Assicurato _____

DICHIARAZIONI DI ADESIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

L'Assicurato dichiara di aderire alla copertura abbinata al contratto di finanziamento stipulato presso la Contraente, dando espressamente il suo consenso alla conclusione del contratto ai sensi dell'art. 1919, II comma C.C..

L'Assicurato dichiara altresì di avere ricevuto/di aver richiesto di ricevere via mail, l'Informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Privacy), e di acconsentire al trattamento dei dati personali di cui alla lettera A, di ___ acconsentire al trattamento dei dati personali di cui alla lettera B e di ___ acconsentire all'acquisizione dei dati personali tramite la procedura informatica di cui alla lettera C.

L'Assicurato _____

DICHIARAZIONE DA SOTTOSCRIVERE SOLO IN CASO DI RICHIEDENTE IMPRESA INDIVIDUALE O ENTE

In presenza di un Richiedente impresa individuale o Ente, l'Assicurato autorizza quest'ultimo a stipulare il presente contratto di assicurazione, dichiarando di rivestire un "ruolo rilevante" nei confronti del Richiedente stesso.

A tale scopo la presente polizza viene stipulata dal Richiedente a copertura - nei limiti e alle condizioni in essa previsti - del pregiudizio economico che allo stesso possa derivare da uno degli eventi garantiti subiti dall'Assicurato.

Gli indennizzi liquidati a termini di polizza verranno versati unicamente al Richiedente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per la Società. Il Richiedente si impegna a sollevare la Società solvente da ogni eventuale pretesa che da chiunque e a qualsiasi titolo dovesse essere avanzata in relazione all'oggetto del presente contratto.

Relativamente alla garanzie offerte da ASSIMOCO S.p.A. l'Assicurato dichiara di acconsentire a che beneficiario delle prestazioni previste dalla polizza stessa sia il Richiedente, rinunciando espressamente al diritto di revocare tale designazione.

Il Richiedente _____

L'Assicurato _____

COPERTURA ABBINATA A FINANZIAMENTO A RATA COSTANTE E DURATA VARIABILE

La presente polizza viene emessa in abbinamento a un finanziamento a rata costante e durata variabile.

Il Richiedente dichiara di essere consapevole che eventuali future variazioni del tasso di interesse del finanziamento potrebbero determinare una durata del finanziamento stesso superiore alla durata contrattuale della polizza. In ogni caso le coperture assicurative saranno operanti solo fino alla data di scadenza del contratto assicurativo, indipendentemente dalla durata del finanziamento.

Il Richiedente _____

Il Richiedente dichiara di aderire alle presenti polizze collettive e, apponendo la firma in calce alla presente, dichiara di conoscere ed accettare le allegate condizioni di polizza, di avere ricevuto/di aver richiesto di ricevere via mail, l'Informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Privacy) e di acconsentire al trattamento dei dati personali di cui alla lettera A e di _____ acconsentire al trattamento dei dati personali di cui alla lettera B e di _____ acconsentire all'acquisizione dei dati personali tramite la procedura informatica di cui alla lettera C.

Il Richiedente (se diverso dall'Assicurato) _____

Il Richiedente, con la sottoscrizione del presente documento di polizza, dichiara di aver preso piena conoscenza e di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 del Codice Civile, la Premessa nonché gli articoli delle Condizioni di Assicurazione qui di seguito richiamati: Art. 1 Durata della copertura assicurativa; Art. 4 Valutazione dello stato di salute/proposta di assicurazione; Art. 6 Decorrenza dell'assicurazione; Art. 8 Diritto di recesso del Richiedente; Art. 9 Decadenza e/o sospensione dell'assicurazione; Art. 11 Carenza contrattuale; Art. 12 Dichiarazioni dell'Assicurato; Art. 19 Foro competente; Art. 21 Requisiti di assicurabilità; Art. 24 Rischi esclusi dall'assicurazione; Art. 25 Validità territoriale; Art. 26 Arbitrato/Collegio Medico; Art. 27 Denuncia di sinistro e obblighi relativi; Art. 29 Sinistro che colpisca più teste; Art. 30 Riscatto.

Il Richiedente _____

Assimoco Vita S.p.A.

Assimoco S.p.A.

IL RICHIEDENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO DALLA CONTRAENTE IL FASCICOLO INFORMATIVO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, CONTENENTE LE NOTE INFORMATIVE, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, IL GLOSSARIO, E IL FAC-SIMILE DELLE SCHEDE DI ADESIONE E PREDISPOSTO AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVAP (ORA IVASS) N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.

Il Richiedente _____

PAGAMENTO DEL PREMIO

I premi a favore delle Società sono a carico del Richiedente e devono essere corrisposti con cadenza annuale al competente soggetto abilitato in qualità di intermediario delle Società stesse, mediante una delle seguenti modalità:

- addebito automatico sul conto corrente del Richiedente previa autorizzazione del titolare del conto corrente stesso, salvo buon fine. In caso di modifica o di chiusura di tale conto, al fine di garantire la continuità dei pagamenti successivi, il Richiedente è tenuto a comunicare la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza della rata di premio successiva;
- bonifico bancario.

Polizza emessa a XX il 99/99/9999.

Il pagamento della rata di perfezionamento avverrà con valuta 99/99/9999

Il Richiedente _____ L'Intermediario _____

FAC-SIMILE

CONVENZIONE N. XXXXXXXXX

Scheda di Adesione n° X XXX XX XX XXXXXX XXX

Informazioni ai sensi del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5 del 16/10/2006

VALUTAZIONE DI ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

Attività lavorativa:

Tipologia Cliente:

Età:

Numero componenti nucleo familiare:

Conoscenza ed esperienza nei prodotti, assicurativo finanziari e non, inclusi in ciascuna classe di rischio:

Classe 1*(polizze vita rivalutabili, polizze di capitalizzazione, TCM individuali, TCM di gruppo, LTC, polizze vita con specifica provvista di attivi)***Classe 2***(polizze index-linked, unit-linked linea Prudente)***Classe 3***(polizze unit-linked linea Equilibrata, Option Trend)***Classe 4***(polizze unit-linked linea Aggressiva)*

Propensione al rischio:

Classe di rischio del prodotto:

Peso dell'investimento sul patrimonio:

Capacità di risparmio annuo:

Esigenze assicurative:

Il Richiedente _____

L'Intermediario _____

AVVERTENZE

Il Richiedente _____

L'Intermediario _____

Polizza emessa a XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

il XX/XX/XXXX

FAC-SIMILE



AsSiCredit
Extra Long



PIANO DI DECRESCENZA DEL CAPITALE ASSICURATO

PROPOSTA N. _____

SCHEDA DI ADESIONE ASSIMOCO VITA S.p.A. N. / SCHEDA DI ADESIONE ASSIMOCO S.p.A.
N. _____

RICHIEDENTE _____

ASSICURATO _____

TASSO UTILIZZATO PER IL CALCOLO DELLA DECRESCENZA DEL CAPITALE: XX%

DURATA DEL PREMMORTAMENTO: XX MESI

DATA	CAPITALE ASSICURATO	DATA	CAPITALE ASSICURATO	DATA	CAPITALE ASSICURATO	DATA	CAPITALE ASSICURATO
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	
gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa		gg/mm/aaaa	



Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051) - Sede legale e Direzione Generale: Centro Direzionale "Milano Oltre" Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 Segrate (MI) - Telefono 02/269621 - www.assimoco.it

Finassimoco S.p.A.
PEC: finassimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 138.300.000,00 I.v.
Registro Imprese di Milano e C.F. n. 05627400582 - R.E.A. n. 1499345 - P.I. n. 11711680154
Capogruppo del Gruppo Assimoco

Assimoco S.p.A.
Fax 02/26920266 - PEC: assimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 107.000.000,00 I.v.
Registro Imprese di Milano e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n. 195 del 18.07.1979 - Albo Imprese IVASS n. 1.00051
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A.



Assimoco Vita S.p.A.
Fax 02/26920886 - PEC: assimocovita@legalmail.it - Capitale Sociale € 76.000.000,00 I.v.
Registro Imprese di Milano e C.F. n. 08407030587 - R.E.A. n. 1451110 - P.I. n. 11259010152 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e Artigianato del 23.10.1990 - G.U. n. 279 del 29.11.1990 - Albo Imprese IVASS n. 1.00092
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A.



Pagina bianca per esigenze tipografiche

Terza di copertina bianca per esigenze tipografiche



COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI - MOVIMENTO COOPERATIVO

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051) - Sede legale e Direzione Generale: Centro Direzionale "Milano Oltre" Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 Segrate (MI) - Telefono 02/269621 - www.assimoco.it

Finassimoco S.p.A.
PEC: finassimoco@legalmail.it -
Capitale Sociale € 138.300.000,00 i.v.
Registro Imprese di Milano e C.F. n. 05627400582 -
R.E.A. n. 1499345 - P.I. n. 11711680154
Capogruppo del Gruppo Assimoco

Assimoco S.p.A.
Fax 02/26920266 - PEC: assimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 107.000.000,00 i.v.
Registro Imprese di Milano e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151 -
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e
Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n. 195 del 18.07.1979 - Albo Imprese IVASS n. 1.00051
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A.



Assimoco Vita S.p.A.
Fax 02/26920886 - PEC: assimocovita@legalmail.it - Capitale Sociale € 76.000.000,00 i.v.
Registro Imprese di Milano e C.F. n. 08407030587 - R.E.A. n. 1451110 - P.I. n. 11259010152 -
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e
Artigianato del 23.10.1990 - G.U. n. 279 del 29.11.1990 - Albo Imprese IVASS n. 1.00092
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A.

