



PROTECTION



Finanziamento Protetto PerMicro

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE DECRESCENTE (TARIFFA 059A) E COPERTURE DEI RAMI DANNI IN ABBINAMENTO A FINANZIAMENTI EROGATI DA PERMICRO S.P.A.

Il presente Set Informativo, composto da:

- Documenti Informativi Precontrattuali (DIP Danni e DIP Vita),
 - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Multirischio),
 - Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
- deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA
ASSICURAZIONI**

TOGETHER MORE

FINANZIAMENTO PROTETTO PERMICRO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mod. MULTI57270 - Ed. 01/2020

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dalle Condizioni di assicurazione mod. MULTI57270 e dal Modulo di Adesione MULTI57262 riportante le somme assicurate.

Con la firma del Modulo di Adesione mod. MULTI57262 l'Assicurato approva le Condizioni di assicurazione previste dal mod. MULTI57270.



GLOSSARIO DEI TERMINI	Pag.	3
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pag.	8
1. Oggetto dell'assicurazione	Pag.	8
2. Persone assicurabili – Persone assicurate	Pag.	8
3. Prestazioni garantite	Pag.	8
4. Delimitazioni dell'Assicurazione – Esclusioni	Pag.	11
5. Criteri di indennizzabilità (per le garanzie del ramo danni)	Pag.	12
6. Pagamento del premio	Pag.	12
7. Facoltà di revoca e di recesso dal contratto	Pag.	12
8. Eventi relativi al contratto di finanziamento	Pag.	13
9. Decorrenza e durata delle coperture	Pag.	15
10. Beneficiari	Pag.	15
11. Dichiarazioni dell'Assicurato	Pag.	15
12. Controversie	Pag.	16
13. Inoltro delle comunicazioni a Italiana Assicurazioni	Pag.	17
14. Denuncia e liquidazione dei sinistri – obblighi relativi	Pag.	17
15. Diritto di surroga	Pag.	19
16. Conflitti di interesse	Pag.	19
17. Diritto proprio del beneficiario	Pag.	19
18. Foro competente	Pag.	19
FAC-SIMILE MODULO DI ADESIONE	Pag.	20
INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) N. 679/2016	Pag.	23

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

GLOSSARIO DEI TERMINI

I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.

ADERENTE

Soggetto che sottoscrive il modulo di adesione alla polizza.

ANNO ASSICURATIVO

Periodo che intercorre tra due ricorrenze anniversarie della decorrenza contrattuale.

APPENDICE

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti concordati tra la società e il Contraente oppure intervenuti in seguito a variazioni della normativa di riferimento.

ASSICURATO

Soggetto che, avendo stipulato un Contratto di Finanziamento con il Contraente, ha sottoscritto il Modulo di Adesione.

Esso è anche la persona fisica alla cui vita si riferisce l'assicurazione. Per cui l'Assicurato si identifica con l'Aderente.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

BENEFICIARIO

Soggetto a favore del quale sono previste le prestazioni del contratto.

CAPITALE ASSICURATO

Somma dovuta al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato.

CARENZA

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci o hanno efficacia limitata. Se l'evento oggetto del contratto avviene in tale periodo, la società non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una somma inferiore.

CARICAMENTI

Costi prelevati dal premio destinati a coprire le spese commerciali e amministrative della società.

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Evento che sancisce l'avvenuto accordo tra le parti. Generalmente coincide con la sottoscrizione del contratto da entrambe le parti.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

CONFLITTO DI INTERESSI

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia Assicuratrice può risultare in contrasto con quello del Contraente.

CONTRAENTE

Persona fisica o giuridica, che sottoscrive il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla società.

Per questo specifico contratto il contraente è PerMicro S.p.A.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

CONTRATTO

Contratto di Finanziamento stipulato tra il Contraente e l'Assicurato, nel quale sono indicati i termini e le condizioni di rimborso del debito derivante dal Contratto e al quale si riferiscono le Coperture assicurative oggetto delle Polizze emesse dalla Compagnia Assicuratrice.

COPERTURA

Garanzia di ricevere una prestazione al verificarsi di determinati eventi a fronte di un rischio.

DATA DI DECORRENZA

Data a partire dalla quale entrano in vigore le prestazioni previste dal contratto.

DETRAIBILITÀ FISCALE (DEL PREMIO VERSATO)

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHIO

Documento precontrattuale redatto secondo le disposizioni IVASS, contenente informazioni aggiuntive ed eccedenti rispetto al DIP Vita, in relazione alla complessità del prodotto.

DIP DANNI E DIP VITA

Documento precontrattuale redatto secondo le disposizioni IVASS che la società deve consegnare al potenziale Contraente e che contiene informazioni relative alla società e alle caratteristiche assicurative e finanziarie del contratto stesso.

DURATA CONTRATTUALE

Periodo durante il quale il contratto di assicurazione è efficace.

ESCLUSIONI

Situazioni per le quali non sono previste le prestazioni contrattuali.

FORO COMPETENTE

Autorità giudiziaria competente per la risoluzione di eventuali controversie.

IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ

Ai sensi dell'articolo 1923 del c.c. le somme dovute da Italiana Assicurazioni S.p.A. in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare e quindi non sono pignorabili né sequestrabili.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Compagnia, in base ad una Copertura prevista dalle polizze, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono inoltre parificati ad Infortunio:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
1. gli avvelenamenti acuti da ingestione inconsapevole o da assorbimento involontario di sostanze;
2. l'annegamento;
3. l'assideramento o il congelamento;
4. i colpi di sole o di calore.

INTERMEDIARIO

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzata a tali attività.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dall'attività esercitata. L'Invalidità Permanente è riconosciuta come Totale quando il grado di invalidità, valutato in base alla tabella contenuta nell'Allegato 1 al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 (Tabella INAIL), sia superiore al 65% (è comunque esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38).

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 imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

LIQUIDAZIONE

Pagamento ai Beneficiari della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato relativo alla prestazione stessa.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

MARGINE DI SOLVIBILITÀ

Corrisponde in linea di massima al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. In tal senso, il margine di solvibilità rappresenta una garanzia ulteriore della stabilità finanziaria dell'impresa. Nelle assicurazioni contro i danni, il margine di solvibilità è calcolato in funzione dei premi incassati o dell'onere dei sinistri; nell'assicurazione sulla vita deve invece essere proporzionale agli impegni assunti.

MEDIAZIONE

Attività svolta da un soggetto terzo ed imparziale, finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.

MODULO DI ADESIONE

Modulo sottoscritto dall'Assicurato per fruire della polizza collettiva stipulata dal Contraente; il Modulo di Adesione contiene dichiarazioni rilevanti ai fini della efficacia delle Coperture.

NORMALE ATTIVITÀ LAVORATIVA

L'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro.

PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Momento in cui avviene il pagamento del premio.

PERIODO DI FRANCHIGIA ASSOLUTA

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro con Ricovero in Istituto di Cura, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro protetto ai termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo limitatamente alla sopra citate Coperture assicurative.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Periodo di tempo successivo al Ricovero, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro (denunce successive).

PERIODO DI COPERTURA (O DI EFFICACIA)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

POLIZZA

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione e che ne disciplina le specifiche coperture.

PREMIO (PREMIO COMPLESSIVO O PREMIO LORDO)

Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto assicurativo.

PREMIO NETTO

Importo corrisposto dal Contraente al netto del caricamento per spese di emissione.

PREMIO PURO

Importo che rappresenta il corrispettivo per le prestazioni assicurate al netto di tutti i costi applicati dalla società.

PREMIO UNICO

Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla società al momento della conclusione del contratto.

PRESCRIZIONE

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

PRESTAZIONE ASSICURATA

Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la società garantisce ai Beneficiari al verificarsi degli eventi previsti dal contratto.

PROPOSTA (MODULO)

Documento o Modulo sottoscritto dal Contraente ed eventualmente dall'Assicurato che attesta la volontà di concludere il contratto con la società in base alle caratteristiche ed alle condizioni espresse nel Set informativo.

QUESTIONARIO SANITARIO O AUTOCERTIFICAZIONE SANITARIA

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

QUIETANZA

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario o postale, in caso di accredito alla società tramite SDD, ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento tramite conto corrente postale.

RATA DI AMMORTAMENTO

Importo della rata dovuta dall'Assicurato al Contraente in virtù del Contratto di Finanziamento.

RECESSO (O RIPENSAMENTO)

Diritto del Contraente di sciogliersi dal vincolo contrattuale e farne conseguentemente cessare gli effetti, mediante dichiarazione unilaterale comunicata all'Impresa di Assicurazione.

REVOCA DELLA PROPOSTA

Diritto del Contraente di ritirare, prima della conclusione del contratto, la Proposta previamente sottoscritta.

RICORRENZA ANNUALE (O ANNIVERSARIA)

Ogni singolo anniversario della data di decorrenza del contratto assicurativo.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La degenza in istituto di cura (pubblico o privato) resa necessaria da infortunio o malattia la cui durata sia maggiore di 5 pernottamenti consecutivi.

RISCATTO

Diritto del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione della prestazione risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di Assicurazione.

RISCHIO DEMOGRAFICO

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita umana dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della società ad erogare la prestazione assicurata.

RISERVA MATEMATICA

Importo che deve essere accantonato dalla Compagnia per far fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati. La legge impone alla Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

SCADENZA

Data in cui cessano gli effetti del Contratto e delle Polizze.

SET INFORMATIVO

Insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Socio-Assicurato, composto da:

- DIP Vita;
- DIP Danni;
- DIP Aggiuntivo Multirischio;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Modulo di Proposta.

SINISTRO

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

SOCIETÀ O IMPRESA O COMPAGNIA (DI ASSICURAZIONE)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente sottoscrive il contratto assicurativo.

SOVRAPPREMIO

Maggiorazioni di premio richiesta dalla società nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizione di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

TASSO DI PREMIO

Importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione, non considerando le eventuali imposte, il caricamento per spese di emissione o il frazionamento.

TASSO TECNICO

Rendimento finanziario annuo, che la società di assicurazione riconosce nel calcolare le prestazioni iniziali.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le prestazioni saranno corrisposte, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, per i seguenti eventi subiti dall'Assicurato:

- (A) Infortunio o Malattia che determini l'Invalidità Totale Permanente (garanzia del ramo danni) con l'intesa di considerare totale l'invalidità Permanente di grado superiore al 65%;
- (B) Ricovero in Istituto di Cura reso necessario da Infortunio o da Malattia (garanzia del ramo danni);
- (C) Decesso (garanzia del ramo vita).

Le prestazioni sono assicurate da Italiana Assicurazioni S.p.A..

Le coperture dei rami danni e del ramo vita costituiscono un unico pacchetto di garanzie inscindibile.

Gli obblighi della Compagnia Assicuratrice risultano esclusivamente dal presente contratto di assicurazione e dalle appendici emesse e firmate dalla Direzione della Compagnia stessa.

2. PERSONE ASSICURABILI - PERSONE ASSICURATE

È assicurabile la persona fisica che abbia sottoscritto un contratto di Finanziamento con il Contraente.

Per poter aderire al contratto di assicurazione l'Assicurato deve rientrare nei limiti assuntivi di età e **deve essere in grado di rispondere "NO" a tutte le domande contenute nel Questionario di buono stato di salute** contenuto nel Modulo di Adesione.

Senza i suddetti requisiti le coperture non potranno essere attivate.

Alla decorrenza della Polizza, **l'età dell'Assicurato** deve essere compresa fra un **minimo di 18 anni compiuti** ed un **massimo di 65 anni non compiuti**.

Il contratto può essere stipulato soltanto da Aderenti domiciliati nello Spazio Economico Europeo (comprensivo degli Stati Membri dell'Unione Europea, di Islanda, Liechtenstein, Norvegia e San Marino). In caso contrario, la polizza non può essere emessa.

3. PRESTAZIONI GARANTITE

3.A COPERTURA PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Oggetto della copertura

Nel caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato (tale è considerata **l'invalidità superiore al 65%** valutata secondo quanto previsto all'ultimo comma dell'art. 5), la Compagnia Assicuratrice corrisponderà l'Indennizzo di cui al punto successivo qualora:

- a) l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia attestata da un medico legale entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata, salvo rinvio deciso dal Collegio Medico di cui all'Art. 12;
- b) la Compagnia Assicuratrice abbia accertato l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'Indennizzo;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui all'Art. 4;
- d) in caso di Invalidità Totale Permanente da Malattia, la Malattia si sia manifestata dopo il 30.mo giorno successivo alla Data Iniziale (Carenza);
- e) siano stati adempiuti gli oneri di cui all' Art. 14;
- f) l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace.

Prestazione assicurata

In caso di **Invalidità Totale Permanente** da Infortunio o Malattia dell'Assicurato, la Compagnia assicuratrice garantisce un **importo pari al debito residuo in linea capitale** che l'Assicurato deve all'Ente erogatore del Finanziamento alla data in cui il medico legale ha certificato essere insorta l'Invalidità Totale Permanente; il debito è quello calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto di Finanziamento stesso, dimi-

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

nuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse. Il debito residuo viene garantito nella misura stabilita dal piano di ammortamento a rate posticipate mensili costanti avente: debito iniziale uguale all'ammontare del finanziamento erogato (comprensivo dell'eventuale premio finanziato), durata uguale alla durata del finanziamento con tasso di interesse costante massimo del 15,00%. Dall'importo dovuto saranno detratti eventuali indennizzi già corrisposti a titolo di Ricovero in Istituto di Cura nel periodo intercorrente tra la data di insorgenza dell'Invalidità Totale Permanente e la data della relazione medica attestante l'invalidità.

Il capitale iniziale massimo assicurabile è pari a quello risultante da un finanziamento richiesto di 25.000 euro per ciascun Assicurato.

In caso di estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento, l'indennizzo verrà calcolato nella modalità sopra descritta avendo come riferimento il nuovo piano di ammortamento ricalcolato dalla Contraente.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile a eredi o aventi causa.

Tuttavia, se l'Assicurato muore prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- a) l'importo già concordato, o in alternativa,
- b) l'importo offerto.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause diverse da quella che ha causato l'invalidità prima che siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche previsti in polizza, la Compagnia liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 5 e 14 (Criteri di indennizzabilità e Denuncia e liquidazione dei sinistri - obblighi relativi) anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dagli eredi o aventi causa, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato ricovero.

3.B COPERTURA PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA DA INFORTUNIO O MALATTIA

Rischio assicurato

Il rischio assicurato è il Ricovero in Istituto di Cura dovuto a Infortunio o Malattia.

Oggetto della copertura

In caso di Ricovero in Istituto di Cura la Compagnia Assicuratrice che presta la specifica Copertura corrisponderà l'Indennizzo qualora:

- a) l'Infortunio e la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace;
- b) **il Ricovero abbia una durata superiore a 5 pernottamenti continuativi (franchigia assoluta);**
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui all'Art. 4;
- d) siano stati adempiuti gli oneri di cui all'Art. 14.

Franchigia

La copertura assicurativa per il caso di Ricovero in Istituto di Cura dovuto ad Infortunio o Malattia è sottoposta ad un periodo di **franchigia assoluta pari a 5 pernottamenti**.

Prestazione assicurata

Per ogni sinistro, il primo indennizzo, pari ad una rata mensile, **sarà liquidato alla scadenza della rata di ammortamento del Contratto di Finanziamento**, al quale l'assicurazione è collegata, **immediatamente successiva al periodo di franchigia di 5 pernottamenti consecutivi di Ricovero in Istituto di Cura, fino ad un massimo di 10 rate mensili per ogni sinistro**; ogni rata di indennizzo successiva alla prima è riferita a un periodo di 30 giorni continuativi di Ricovero a decorrere dalla data di scadenza della rata.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 30

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

giorni dalla suddetta ripresa – un nuovo Ricovero a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di franchigia, **ferma la corresponsione massima di 10 rate mensili per sinistro.**

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

In ogni caso, la Compagnia Assicuratrice non corrisponderà più di 30 rate mensili per tutto il periodo di durata della copertura.

Qualsiasi indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di 1.400 euro mensili per ciascun Assicurato. In caso di estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento, l'indennizzo verrà calcolato nella modalità sopra descritta avendo come riferimento il nuovo piano di ammortamento ricalcolato dalla Contraente.

Denunce successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero in Istituto di Cura nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione pari a 30 giorni, oppure a 120 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o alla stessa Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia Assicuratrice nei confronti di ciascun Assicurato in relazione alla Copertura per Ricovero in Istituto di Cura cessano qualora si sia esaurito il massimale globale di 30 Indennizzi mensili.

3.C COPERTURA PER DECESSO

Rischio assicurato

Il rischio assicurato è il decesso dell'Assicurato qualunque possa esserne la causa, **fatte salve le esclusioni di cui al successivo Art. 4.**

Franchigia - Carenza

La copertura per decesso diventa operante dopo un periodo di **carezza di 90 giorni** se il decesso è dovuto a Malattia.

Prestazione Assicurata

L'Indennizzo che la Compagnia Assicuratrice è obbligata a corrispondere, nei limiti e alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve al Contraente alla data del decesso, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto di finanziamento, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse. Il debito residuo viene garantito nella misura stabilita da un piano di ammortamento a rate posticipate mensili costanti avente: debito iniziale uguale all'*ammontare del finanziamento erogato (comprensivo dell'eventuale premio finanziato)*, durata uguale alla durata del *finanziamento* con tasso di interesse costante massimo del 15,00%.

Il capitale iniziale massimo assicurabile è pari a quello risultante da un finanziamento richiesto di 25.000 euro per ciascun Assicurato.

In caso di estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento, l'indennizzo verrà calcolato nella modalità sopra descritta avendo come riferimento il nuovo piano di ammortamento ricalcolato dalla Contraente.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della copertura assicurativa, questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti da Italiana Assicurazioni S.p.A..

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

4. DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE – ESCLUSIONI

La Copertura per Invalidità Totale Permanente è valida in tutto il mondo. La Copertura per Ricovero in Istituto di Cura vale soltanto per i Sinistri verificatisi nell'ambito dell'Unione Europea e della Svizzera. Il rischio di decesso è coperto senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

Non sono operanti le garanzie del ramo danni per i Sinistri causati da:

- **invalidità, malformazioni, stati patologici, loro conseguenze dirette o indirette in atto o preesistenti alla decorrenza delle Coperture (Data Iniziale);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti dolosi (compreso autolesionismo);**
- **guerra (anche non dichiarata) o insurrezioni, scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **lesioni in genere derivanti da contaminazione biologica e/o chimica, tutte connesse – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo o, in ogni caso, in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati; accelerazioni di particelle atomiche (fissione, fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici e simili);**
- **partecipazione dell'Assicurato a competizioni agonistiche (e alle relative prove) con impiego di veicoli o natanti a motore;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- **pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere e attività di trapezista e stuntman;**
- **partecipazione dell'Assicurato a imprese eccezionali (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche o himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo);**
- **ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni (a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato);**
- **operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;**
- **patologie psichiatriche o psicologiche e loro conseguenze;**
- **uso o produzione di esplosivi;**
- **malattie tropicali.**

Inoltre la garanzia Ricovero in Istituto di Cura non è operante nei seguenti casi:

- **Infortuni o Malattie derivanti da stato di incapacità di intendere o di volere da se stesso procurato;**
- **aborto volontario non terapeutico;**
- **conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini dell'Unione Europea e della Svizzera, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;**
- **mal di schiena e patologie assimilabili.**

Relativamente alla garanzia per il caso di morte è escluso invece soltanto il decesso causato da:

- **dolo del Contraente o del Beneficiario;**
- **suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione della garanzia.**
- **rischi catastrofali.**



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

5. CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ (PER LE GARANZIE DEL RAMO DANNI)

Italiana Assicurazioni S.p.A. corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia. Se al momento del sinistro l'Assicurato è affetto da patologie o menomazioni preesistenti alla decorrenza dell'assicurazione, di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto o di un apparato già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente si terrà conto del grado di invalidità preesistente, diminuendo proporzionalmente il valore dell'organo o dell'arto o dell'apparato.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata con riferimento alla tabella di cui all'allegato n.1 al DPR n.1124 del 30/06/1965 (cosiddette tabelle INAIL).

6. PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio è determinato in relazione all'ammontare del finanziamento accordato (importo di finanziamento richiesto più spese di istruttoria) ed alla durata contrattuale. Esso deve essere versato in unica soluzione (Premio unico) al momento dell'erogazione del finanziamento.

Il Contraente incassa il premio di ogni Adesione per conto di Italiana Assicurazioni S.p.A. in forza di apposito mandato all'incasso da questa conferitogli, di cui è fatta menzione nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato.

Il pagamento dei Premi fatto al Contraente si considera come effettuato direttamente a favore della Compagnia Assicuratrice.

Il premio versato dall'Assicurato è così ripartito fra le garanzie dei rami danni e del ramo vita:

- 67,98% per le coperture assicurative danni (Ricovero in Istituto di Cura, Invalidità Totale Permanente);
- 32,02% per la copertura vita (Decesso).

Le componenti che concorrono alla determinazione del premio sopra definito devono ritenersi come parte integrante di una unica tariffa e non sono proponibili separatamente.

7. FACOLTÀ DI REVOCA E DI RECESSO DAL CONTRATTO

L'adesione è revocabile, ai sensi del D.Lgs 7 dicembre 2005, n.209, finché il contratto non sia concluso (data di erogazione del Finanziamento).

Per esercitare tale diritto, l'Assicurato dovrà trasmettere raccomandata con avviso di ricevimento all'indirizzo della Compagnia assicuratrice.

La revoca decorre dalla data di spedizione della comunicazione quale risulta dal timbro postale di invio. Per l'esercizio della revoca non verrà addebitato alcun costo a carico dell'Assicurato.

Entro il termine di 60 giorni dalla data di decorrenza, l'Assicurato ha la facoltà di recedere dal contratto **tramite raccomandata con avviso di ricevimento** inviata all'indirizzo della Compagnia Assicuratrice.

Il recesso decorre dalle ore 24 della data di spedizione della comunicazione quale risulta dal timbro postale di invio. Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso all'Assicurato verrà rimborsato, per il tramite del Contraente, il premio corrisposto, al netto delle imposte di legge e della parte di premio relativa al rischio corso.

Per le sole garanzie danni è data facoltà all'Assicurato di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

8. EVENTI RELATIVI AL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

La copertura assicurativa cessa anticipatamente rispetto all'originaria scadenza così come disciplinata al precedente art. 9, nel momento in cui avviene **l'estinzione anticipata totale o il trasferimento del contratto di finanziamento**.

In tal caso l'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo residuo intercorrente tra la data dell'estinzione o del trasferimento del finanziamento e la data di scadenza originaria, al netto delle imposte. In alternativa, entro 60 giorni dalla data di perfezionamento dell'estinzione ovvero del trasferimento del contratto di finanziamento, l'Assicurato potrà chiedere la riattivazione della copertura assicurativa. In tal caso la copertura assicurativa sarà riattivata dalla data di ricezione da parte della Compagnia della richiesta di riattivazione.

Per la garanzia Vita e Invalidità Totale e Permanente e per la Garanzia Ricovero in Istituto di Cura, la parte di premio pagato e non goduto da restituire all'Aderente è rappresentata dalla somma di due componenti, relative al caricamento ed al premio puro:

La parte di premio da rimborsare è determinata come illustrato nella formula di seguito riportata:

$$\text{Rimborso estinzione totale} = \text{CAR} \times \frac{n-t}{n} + P_r \times \frac{n-t}{n} \times \frac{D_r}{D_o}$$

Dove:

- **CAR**: importo relativo al **caricamento proporzionale** al premio,
- **n**: durata della copertura assicurativa in mesi interi,
- **t**: durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi,
- **P_r**: il **premio puro**,
- **D_r**: il debito residuo alla data di richiesta di estinzione anticipata totale,
- **D_o**: il debito iniziale.

Esempio:

- **CAR**: 800 euro
- **n**: 120 mesi (10 anni)
- **decorrenza del contratto**: 10/01/2020
- **data estinzione anticipata**: 10/01/2022
- **t**: 24 mesi (2 anni)
- **P_r**: 2.100 euro
- **D_r**: 80.000 euro
- **D_o**: 100.000 euro

Rimborso estinzione totale: 1.984,00 euro

$$1.984,00 = 800 \times \frac{(120-24)}{120} + 2.100 \times \frac{(120-24)}{120} \times \frac{80.000}{100.000}$$

La componente relativa ai costi si ottiene moltiplicando l'importo del caricamento proporzionale al premio per il rapporto tra la differenza della durata della copertura assicurativa originaria e la durata del periodo di garanzia goduto diviso per la durata della copertura assicurativa originaria.

La componente relativa al premio puro si ottiene moltiplicando l'importo del premio versato, diminuito dell'importo dei costi (vale a dire **premio puro**), per il rapporto tra la differenza della durata della copertura assicurativa originaria e la durata del periodo di garanzia goduto diviso per la durata della copertura assicurativa originaria. Il risultato dovrà essere moltiplicato al rapporto tra il debito residuo alla data di estinzione anticipata totale e il debito iniziale.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Estinzione anticipata parziale del finanziamento collegato

In caso di **estinzione** anticipata **parziale** del contratto di finanziamento la copertura assicurativa rimane in vigore in funzione del nuovo debito residuo. La Società ridurrà proporzionalmente la prestazione assicurata nella misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.

L'Aderente ha diritto alla restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio diminuisce per l'effetto dell'estinzione parziale, definito come il periodo residuo intercorrente tra la data di perfezionamento dell'estinzione parziale e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione. La parte di premio a cui l'Aderente ha diritto è rappresentata dal prodotto tra la **quota di debito residuo** estinto e la somma delle due componenti, quella relativa al **premio puro** e quella relativa al **caricamento**. La **quota di debito** residuo estinto è data dal rapporto tra l'importo di capitale versato per l'estinzione parziale e il debito residuo ante estinzione parziale.

La parte di premio a cui l'Aderente ha diritto è calcolata secondo la seguente formula:

$$\text{quota} = \frac{\text{importo versato per l'estinzione parziale}}{\text{debito residuo ante estinzione parziale}} \times 100$$

$$\text{Rimborso estinzione parziale} = \text{quota} \times \left(\text{CAR} \times \frac{n-t}{n} + P_r \times \frac{n-t}{n} \times \frac{D_r}{D_0} \right)$$

Dove:

- **quota**: quota percentuale del debito residuo estinto
- **CAR**: importo relativo al caricamento proporzionale al premio,
- **n**: durata della copertura assicurativa in mesi interi,
- **t**: durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi,
- **P_r**: il premio puro,
- **D_r**: il debito residuo,
- **D₀**: il debito iniziale.

Esempio:

- importo versato per l'estinzione parziale: 30.000 euro
- debito residuo ante estinzione parziale: 80.000 euro
- **CAR**: 800 euro
- **n**: 120 mesi (10 anni)
- decorrenza del contratto: 10/01/2020
- data estinzione anticipata: 10/01/2022
- **t**: 24 mesi (2 anni)
- **P_r**: 210 euro
- **D_r**: 80.000 euro
- **D₀**: 100.000 euro

Quota percentuale del debito residuo estinto: 30,00%

$$37,50\% = \frac{30.000}{80.000} \times 100$$

Rimborso estinzione parziale: euro 744,00

$$744,00 = 37,50\% \times \left[800 \times \frac{(120-24)}{120} + 2.100 \times \frac{(120-24)}{120} \times \frac{80.000}{100.000} \right]$$

Il rimborso derivante dall'estinzione parziale si ottiene moltiplicando la **quota percentuale del debito residuo** estinto per la somma della componente relativa ai costi e alla componente relativa al premio puro così determinate:

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- la componente costi si ottiene moltiplicando l'**importo del caricamento proporzionale al premio** per il rapporto tra la differenza della durata della copertura assicurativa originaria e la durata del periodo di garanzia goduto diviso per la durata della copertura assicurativa originaria.
- la componente relativa al **premio puro** si ottiene moltiplicando l'importo del premio versato, diminuito dell'importo dei costi, per il rapporto tra la differenza della durata della copertura assicurativa originaria e la durata del periodo di garanzia goduto diviso per la durata della copertura assicurativa originaria. Il risultato ottenuto dovrà essere moltiplicato per il rapporto tra il debito residuo alla data di estinzione anticipata totale e il debito iniziale.

In caso di **estinzione o del trasferimento del finanziamento, sia totale che parziale**, previa comunicazione scritta da parte dell'Aderente comprovata da apposita documentazione che attesti il trasferimento o l'estinzione, Italiana Assicurazioni S.p.A. provvederà **entro 30 giorni** dal ricevimento della richiesta unitamente alla documentazione sopracitata a rimborsare all'Aderente la parte di premio non goduto. La comunicazione dovrà essere inoltrata alla Direzione Vita e Welfare di Italiana Assicurazioni S.p.A. **a mezzo raccomandata**, con l'indicazione del codice IBAN su cui ricevere l'accredito.

In caso di **estinzione totale**, il rimborso del premio determina la risoluzione del contratto con decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

In tal caso, l'Aderente ha la facoltà di richiedere che la copertura assicurativa rimanga in vigore fino alla scadenza originaria eventualmente a favore di un nuovo Beneficiario. La copertura assicurativa rimane commisurata all'originario piano di decrescenza del Capitale Assicurato stabilito in polizza.

9. DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE

Per ogni Assicurato, le Coperture decorrono (ferme le Carenze stabilite agli Articoli 7A, 7B, 7C, 7D), dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che il premio sia stato regolarmente pagato, altrimenti dalle ore 24 del giorno in cui Italiana Assicurazioni S.p.A. abbia avuto notizia certa dell'avvenuto pagamento e cessano al momento del pagamento dell'ultima rata del piano di ammortamento definito al momento dell'erogazione.

Le Coperture terminano, oltre a quanto sopra stabilito, nel momento in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a. morte dell'Assicurato;
- b. liquidazione dell'Indennizzo previsto per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- c. estinzione anticipata o trasferimento del Contratto di Finanziamento, ove l'Assicurato non abbia comunicato alla Compagnia Assicuratrice la volontà di mantenere in essere le Coperture assicurative (in tal caso verrà restituito il premio versato, al netto delle eventuali imposte di legge, relativo al periodo per il quale le Garanzie non hanno avuto effetto). Il metodo di restituzione è esplicitato al successivo art. 8.

La durata della copertura assicurativa relativa a ciascun Assicurato è variabile da un minimo di 1 anno ad un massimo di 6 anni e **coincide con la durata del Contratto di Finanziamento** stipulato fra l'Assicurato e il Contraente.

10. BENEFICIARI

Beneficiari della prestazione in caso di decesso dell'aderente (ramo vita) sono i suoi eredi legittimi o testamentari, salvo diversa designazione effettuata dall'Aderente.

11. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

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



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

12. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Benvenuti in Italiana" - Italiana Assicurazioni, via Marco Ulpio Traiano 18, 20149 Milano - Numero Verde 800 10 13 13 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20) - fax 02 39717001- e-mail: benvenutitaliana@italiana.it.

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità:

- via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;
- via fax 06/42133353 oppure 06/42133745;
- via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it;

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami; su tale sito potrà reperire ulteriori notizie in merito alle modalità di ricorso ed alle competenze dell'ente di controllo. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

In caso di controversia con un'Impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.ivass.it.

Potrà inoltre trovare tutti i dati relativi alla gestione dei reclami sul sito Internet www.italiana.it.

Le segnaliamo inoltre che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, potrà avvalersi dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, tra i quali:

Commissione di Garanzia

Nella continua attenzione verso i propri Clienti, Italiana Assicurazioni S.p.A. mette a disposizione un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti della Società in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per la Società. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Italiana Assicurazioni S.p.A., con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.

Il ricorso deve essere proposto per iscritto inviando una e-mail all'indirizzo commissione.garanziaassicurato@italiana.it oppure una lettera alla sede della Commissione.

Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.italiana.it.

Mediazione per la conciliazione delle controversie

In caso di controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria o in materia di contratti assicurativi, bancari o finanziari, qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal D.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. La mediazione non è obbligatoria negli altri casi e per le controversie relative al risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli.

Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.

La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Le parti devono partecipare alla procedura di mediazione, già dal primo incontro, con l'assistenza di un avvocato. Informiamo che su www.italiana.it è disponibile un'Area Riservata che permetterà di consultare la propria posizione assicurativa (come previsto dal Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013) e di usufruire di altre comode funzionalità. L'accesso è consentito gratuitamente seguendo le semplici istruzioni di registrazione presenti sul sito.

Autorità giudiziaria

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

Qualora tra l'Assicurato o i suoi Beneficiari e la Compagnia Assicuratrice insorgano eventuali controversie sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Permanente oppure sulle cause del Decesso, la decisione della controversia può essere demandata, su accordo delle Parti, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto con indicazione dei termini della controversia.

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

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

13. INOLTRO DELLE COMUNICAZIONI A ITALIANA ASSICURAZIONI

Comunicazioni di revoca e recesso

Le comunicazioni di revoca della Proposta, di recesso, di cessione del contratto, di cambiamento delle attività sportive dichiarate e delle attività professionali svolte, di modifica delle abitudini al fumo, devono essere inviate dal Contraente alla sede di Italiana Assicurazioni S.p.A. a mezzo raccomandata A/R.

Comunicazioni in corso di contratto

Per l'inoltro delle richieste, di variazione della designazione dei Beneficiari, di comunicazione di decesso dell'Assicurato, il Contraente o i Beneficiari (nei casi di accettazione del beneficio o di decesso dell'Assicurato quando coincide con il Contraente) possono rivolgersi all'Agenzia competente; la data di riferimento è quella di presentazione della richiesta stessa. In alternativa, la comunicazione dovrà avvenire a mezzo raccomandata A/R alla sede di Italiana Assicurazioni S.p.A. e, in questo caso, la data cui far riferimento è quella del ricevimento della comunicazione da parte di Italiana Assicurazioni S.p.A.

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione della polizza, gli aventi diritto devono darne tempestivamente comunicazione a Italiana Assicurazioni S.p.A. e possono ottenerne un duplicato.

Comunicazioni di variazione della residenza

Nel caso in cui il Contraente, nel corso della durata del contratto, trasferisca la propria residenza in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo a Italiana Assicurazioni S.p.A. a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. Si ricorda che il trasferimento di residenza potrebbe comportare un ulteriore onere al Contraente, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova residenza. Qualora il Contraente ometta di comunicare tale variazione, la Società potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che Italiana Assicurazioni S.p.A. abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.

Il Contraente si obbliga altresì a comunicare alla Società il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della polizza.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

14. DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI - OBBLIGHI RELATIVI

Per consentire alla Compagnia Assicuratrice di effettuare una rapida valutazione del sinistro ed una altrettanto rapida liquidazione, è importante che l'Assicurato o i suoi aventi diritto producano tutta la documentazione necessaria e compilino correttamente il modulo di denuncia del sinistro.

Detto modulo dovrà essere inoltrato all'indirizzo dell'Agenzia WIN S.r.l. - Corso Palestro 4, 10122 Torino - o all'indirizzo della Compagnia Assicuratrice con le seguenti tempistiche:

- nei casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio entro e non oltre il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del sinistro;
- nei casi di Invalidità Totale Permanente da Malattia entro e non oltre il sessantesimo giorno da quando la Malattia faccia presumere che abbia esito invalidante;
- nei casi di Ricovero in Istituto di Cura non oltre quindici giorni dall'inizio del ricovero;
- in caso di decesso entro sessanta giorni dalla data di decesso.

Alla denuncia di sinistro dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- in relazione alla richiesta di indennizzo per **Invalidità Totale Permanente**:
 - copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono;
 - copia delle cartelle cliniche relative ai ricoveri o altra eventuale documentazione medica;
 - relazione del medico legale attestante il grado di invalidità Permanente con indicazione delle cause che l'hanno determinata;
 - dichiarazione con la quale l'Assicurato libera dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e/o curato;
 - ogni documento inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesto all'Assicurato.
- La valutazione dell'invalidità non può avvenire prima di 6 mesi dalla denuncia di sinistro;
- in relazione alla richiesta di indennizzo per **Ricovero in Istituto di Cura**:
 - copia del documento di identità, codice fiscale, domicilio e telefono;
 - copia delle cartelle cliniche relative ai ricoveri;
 - dichiarazione con la quale l'Assicurato libera dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e/o curato;
 - ogni documento inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesto all'Assicurato;
- in relazione alla richiesta di indennizzo per **decesso**:
 - copia del documento d'identità e codice fiscale dell'Assicurato, nonché indirizzo e recapito telefonico della persona denunciante il decesso;
 - certificato anagrafico di morte dell'assicurato nel quale sia anche indicata la data di nascita;
 - eventuale relazione del medico curante attestante la causa del decesso, presa visione del quale Italiana Assicurazioni S.p.A. si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria (cartelle cliniche, accertamenti sanitari, verbali di commissioni di invalidità ecc.);
 - verbale delle autorità competenti in caso di morte violenta o accidentale dell'Assicurato;
 - atto di notorietà redatto in Tribunale o dal Notaio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, dal quale risulti:
 - 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;
 - chi siano gli eredi legittimi dell'Assicurato al momento della comunicazione del decesso, in caso di Beneficiari designati in modo generico;
 - dati anagrafici dei Beneficiari (copia della carta di identità e del codice fiscale);
 - nel caso di Beneficiari minori o incapaci, decreto del giudice tutelare che autorizzi il legale rappresentante a riscuotere la prestazione.

È altresì necessario che il Contraente fornisca alla Compagnia Assicuratrice il dettaglio del piano di ammortamento definito al momento dell'erogazione del prestito con l'indicazione di tutte le informazioni relative alla situazione debitoria dell'Assicurato (ad es. rate scadute e non pagate).



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

La Compagnia Assicuratrice esegue il pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del Sinistro. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori (al tasso di interesse legale vigente in quel momento) a favore dei Beneficiari.

Si precisa che, ai sensi dell'art. 2952 Cod. Civ., i diritti nascenti da un contratto di assicurazione sulla vita o da un contratto di assicurazione per le garanzie danni si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

15. DIRITTO DI SURROGA

Italiana Assicurazioni S.p.A. rinuncia al diritto di surroga che le compete ex art. 1916 c.c. verso gli eventuali responsabili del sinistro.

16. CONFLITTI DI INTERESSE

La Società dispone di procedure operative atte a individuare e a gestire le situazioni di conflitti di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del Gruppo. Tramite le funzioni preposte, effettua un'attività di monitoraggio sulla presenza di situazioni e/o operazioni in conflitto di interesse.

In particolare, la Società ha predisposto che vengano mappate dette tipologie di conflitto di interesse in relazione sia all'offerta dei prodotti alla clientela sia all'esecuzione dei contratti con riferimento alla gestione finanziaria degli attivi a cui sono legate le prestazioni.

Qualora non sia possibile evitare situazioni in cui la Società abbia in via diretta o indiretta un conflitto di interesse, la Società ha previsto l'adozione di idonee misure organizzative volte a evitare e, se non possibile, a limitare tali conflitti operando in ogni caso in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e nell'ottica di ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

17. DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Ai sensi dell'articolo 1920 del c.c., il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquisisce, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi del contratto. Questo significa, in particolare, che le prestazioni corrisposte a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e non sono soggette all'imposta di successione.

18. FORO COMPETENTE

Il foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza-domicilio del consumatore (Contraente, Beneficiari, loro aventi diritto).

FINANZIAMENTO PROTETTO PERMICRO MODULO DI ADESIONE ALLE POLIZZE COLLETTIVE

N. 814300000 E N. 2020246116385 di ITALIANA ASSICURAZIONI S.P.A.
Contraente: PerMicro S.p.A. Agenzia: WIN Srl

DATI RELATIVI AL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

N. Pratica di Finanziamento _____
Durata di Rimborso Prevista in Mesi _____
Importo di finanziamento accordato Euro _____

DATI RELATIVI ALL'ADERENTE/ASSICURATO

Cognome e Nome _____ Sesso M F
Nato a _____ il ____ / ____ / ____
Codice Fiscale _____ E-mail _____
Residenza _____
Indirizzo _____ Località _____ CAP _____ Prov. _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____
Indirizzo _____ Località _____ CAP _____ Prov. _____
Cittadinanza _____ Professione _____
Recapiti telefonici _____
Indirizzi e-mail _____
Documento di identificazione _____
_____ / ____ / ____ _____ / ____ / ____
tipo documento numero di documento rilasciato il luogo di rilascio data scadenza

BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO

Le condizioni di assicurazione prevedono che in caso di decesso dell'Aderente, i Beneficiari siano i suoi eredi legittimo o testamentari. Qualora l'aderente desideri effettuare una designazione diversa può compilare i seguenti campi
Cognome e Nome _____
Nato a _____ il ____ / ____ / ____
Codice Fiscale _____ E-mail _____
Residenza _____
Indirizzo _____ Località _____ CAP _____ Prov. _____

DATI RELATIVI ALL'ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE

PREMIO UNICO GARANZIA VITA E GARANZIE DANNI: € _____
Premio finanziato (indicare SI/NO) SI NO
di cui componente copertura caso Morte e Invalidità Totale Permanente (euro) _____
(soggetto a detrazione dall'imposta ai fini IRPEF nei limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente)
PREMIO UNICO GARANZIA VITA: € _____
Nell'importo del premio unico garanzia Vita sono inclusi i seguenti costi a carico dell'Assicurato:
€ _____ di cui provvigioni percepite dall'intermediario pari a € _____
PREMIO UNICO GARANZIE DANNI (comprensivo di imposte): € _____
Nell'importo del premio unico garanzie Danni sono inclusi i seguenti costi a carico dell'Assicurato:
€ _____ di cui provvigioni percepite dall'intermediario pari a € _____

Io sottoscritto Assicurato prendo atto che:

- PerMicro S.p.A. ha stipulato le polizze collettive di Italiana Assicurazioni S.p.A. N. 814300000 (per la copertura del caso Morte) e N. 2020246116385 (per la copertura dei casi di Invalidità Permanente Totale causata da Infortunio o Malattia e di Ricovero in Istituto di Cura reso necessario da Infortunio o Malattia) in nome e nell'interesse dei sottoscrittori di un Contratto di Finanziamento con modalità di rientro rateale e in abbinamento a detto contratto;
- Le coperture assicurative costituiscono un unico pacchetto di garanzie inscindibile;
- Il premio complessivo unico anticipato dovuto per l'intera durata della presente assicurazione è pari all'importo sopraindicato alla voce "premio unico garanzia vita e garanzie danni";
- Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento se il premio è stato pagato, altrimenti dalle ore 24 del giorno in cui Italiana Assicurazioni S.p.A. abbia avuto notizia certa dell'avvenuto pagamento;
- **L'adesione alle presenti polizze non è obbligatoria al fine di ottenere il finanziamento;**

e dichiaro:

- **di aver ricevuto e preso visione, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56, comma 7, del Regolamento Ivass n. 40/2018, (indicare solo quelli consegnati):**
 - dell'Informativa di cui all'Allegato 3 del Regolamento Ivass n. 40/2018, che riepiloga i principali obblighi di comportamento degli intermediari nei confronti del contraente;
 - dell'Informativa di cui all'Allegato 4 del Regolamento Ivass n. 40/2018, da cui risultano i dati essenziali dell'intermediario, della sua attività e le informazioni in materia di conflitto di interessi;
 - della documentazione informativa precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni.
- **di aderire alla convenzione FINANZIAMENTO PROTETTO PERMICRO a cui viene data esecuzione mediante le polizze collettive stipulate dal Contraente con Italiana Assicurazioni S.p.A.;**
- di aver preso atto che
 - in caso di premio finanziato, il Contraente provvede, per mio conto tramite bonifico bancario, a versare il premio unico anticipato, trattenuto dal finanziamento accordato, direttamente a Italiana Assicurazioni S.p.A.;
 - in caso di premio non finanziato, Italiana Assicurazioni S.p.A. ha conferito al Contraente un mandato all'incasso del premio, in forza del quale il pagamento del premio da me effettuato tramite bonifico bancario o assegno al Contraente stesso equivale - ai fini della validità dell'assicurazione - al pagamento fatto alla Compagnia;
- di prosciogliere dal segreto professionale i medici che mi hanno visitato e/o curato, nonché gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino e di autorizzare sin d'ora Italiana Assicurazioni S.p.A. all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati;
- di dare il mio consenso – ai sensi dell'art. 1919 C.C. - alla stipulazione dell'assicurazione che prevede il proprio decesso fra i sinistri per i quali è prestata la copertura assicurativa;
- di essere consapevole che le dichiarazioni non veritiere inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del C.C.;

Data __ / __ / __

Firma _____

Questionario di buono stato di salute dell'Assicurato

L'Assicurato, consapevole che le condizioni di buono stato di salute risultanti dalle dichiarazioni di seguito riportate costituiscono condizione essenziale di assicurabilità, è pregato di rispondere alle seguenti domande:

- 1) Soffre o ha mai sofferto di malattie dell'apparato cardiocircolatorio (infarto del miocardio, angina pectoris, ischemia cardiaca, aritmia cardiaca, disturbi delle valvole cardiache, insufficienza cardiaca, ictus, paralisi, attacco ischemico transitorio, embolia)? ○ SI ○ NO
- 2) Soffre o ha mai sofferto di alcun tipo di neoplasia, di tumori maligni o di qualsiasi altro tipo di condizione pretumorale? ○ SI ○ NO
- 3) È attualmente sottoposto a terapia continuativa per malattie del fegato, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio, malattie neurologiche, infezione da HIV o fa uso di farmaci anticoagulanti? ○ SI ○ NO

Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tali ipotesi le polizze sottoscritte non potranno coprire eventuali sinistri causati da malattie, malformazioni e stati patologici già in atto prima della data di adesione alla polizza collettiva, che non verranno pertanto indennizzati.

Data __ / __ / __

Firma _____

Il sottoscritto Assicurato dichiara:

- di approvare specificamente, agli effetti degli art 1341 – 1342 del c.c., i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: art. 2 (Persone assicurabili - persone assicurate); artt. 3A, 3B, 3C (Prestazioni garantite); art. 4 (Delimitazioni dell'Assicurazione - Esclusioni); art. 9 (Decorrenza e durata delle coperture); art. 10 (Beneficiari); art. 14 (Denuncia e Liquidazione dei sinistri - Obblighi relativi).

Data __ / __ / __

Firma _____

CONSENSO NECESSARIO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Alla luce dell'Informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) allegata alle Condizioni di Assicurazione mod. Mod. MULTI57270 ed. 01/2020, Le chiediamo di acconsentire con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei Suoi dati personali, incluse le categorie particolari di dati, per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 dell'informativa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

Data __ / __ / __

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI PER RICERCHE DI MERCATO E/O FINALITÀ COMMERCIALI

La Compagnia può ricorrere al trattamento dei Suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 della presente informativa. Sono finalità connesse, ma non indispensabili, ai fini dell'esecuzione di quanto da Lei richiesto e contrattualmente previsto, in particolare per poterLa aggiornare sulle nuove proposte commerciali e per conoscere il Suo personale gradimento o le Sue aspettative rispetto alla qualità dei servizi assicurativi ricevuti o che potrebbe ricevere. Per questo motivo, la Compagnia Le chiede di esprimere facoltativamente il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati con riferimento a specifiche finalità e alla stregua di distinte modalità di comunicazione sotto indicate, apponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un sì o da un no.

- a) per ricevere da parte della Compagnia e delle Società del Gruppo Reale Mutua di Assicurazioni comunicazioni concernenti proposte commerciali, promozione di eventi, concorsi a premi, indagini conoscitive sui servizi ricevuti (customer satisfaction) tramite telefono con operatore, posta ordinaria ovvero strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.):
Presto il consenso SÌ NO
- b) per ricevere da parte dei partner commerciali delle Società del Gruppo Reale Mutua di Assicurazioni comunicazioni contenenti proposte commerciali, promozione di eventi, concorsi a premi, indagini conoscitive sui servizi ricevuti (customer satisfaction) tramite telefono con operatore posta ordinaria ovvero strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.):
Presto il consenso SÌ NO

Data __ / __ / __

Firma _____

INFORMATIVA PER CONTRAENTI E ASSICURATI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) N. 679/2016

- 1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative** - La informiamo che i dati personali, eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altrimenti reperiti (da fonti pubbliche, sul web o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati da Italiana Assicurazioni S.p.A. al fine di fornirle al meglio i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le sue richieste in qualità di terzo danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, per assolvere ad obblighi di legge.
- 2. Base giuridica del trattamento** - In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro in calce al presente modulo. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.
- 3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata** - I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da 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 e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed eventualmente anche dall'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.
- 4. Comunicazione dei dati a soggetti terzi** - I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società www.italiana.it. I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per finalità amministrative e contabili, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo. I dati personali acquisiti non saranno soggetti a diffusione.
- 5. Trasferimento dei dati all'estero** - I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR - Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.
- 6. Diritti dell'interessato (artt. 12-23 del Regolamento)** - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento secondo le moda-

lità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio "Benvenuti in Italiana" - Via M. U. Traiano, 18 - 20149 Milano, Numero Verde 800 101313 - E-mail: benvenutitaliana@italiana.it. Qualora intenda rivolgere un'istanza in merito al trattamento dei suoi dati personali potrà contattare direttamente il Responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo@italiana.it.

7. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è la Società Italiana Assicurazioni S.p.A. - Via M. U. Traiano, 18.



BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



T O G E T H E R M O R E



Mod. MULTIS7270 Ed. 01/2020



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) - Tel +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00774430151 - R.E.A. Milano N. 7851 - Capitale Sociale Euro 40.455.077,50 i.v. - Società con un unico socio: Società Reale Mutua di Assicurazioni - Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed appartenente al Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.