



**COMMERCIAL UNION**

*Vita*

# MUTUO ASSICURATO PIÙ

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL  
CASO DI MORTE  
A CAPITALE DECRESCENTE  
A COPERTURA DEL DEBITO RESIDUO  
A PREMIO UNICO**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- NOTA INFORMATIVA;
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE;
- GLOSSARIO;
- INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA;
- MODULO DI PROPOSTA-CERTIFICATO;

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE/ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA.

---

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

---

---

## SOMMARIO

<b>1. NOTA INFORMATIVA</b>	pag.	3
<b>2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> comprensive di:	pag.	11
2.1 Condizioni di Assunzione del Contratto	pag.	17
2.2 Allegato A: elenco delle Professioni e degli Sport amatoriali e/o professionali del Contraente/Assicurato	pag.	20
<b>3. GLOSSARIO</b>	pag.	22
<b>4. INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA</b>	pag.	24
<b>5. MODULO DI PROPOSTA</b>	pag.	26

---

# 1. NOTA INFORMATIVA

## MUTUO ASSICURATO PIÙ (TARIFFA TE5S)

---

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

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

## A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

Commercial Union Vita S.p.A, compagnia del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Viale Abruzzi n. 94 – 20131 Milano – Italia.

Numero di telefono: 02/27751 - sito internet: [www.avivaitalia.it](http://www.avivaitalia.it)

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [assunzione\\_vita@avivaitalia.it](mailto:assunzione_vita@avivaitalia.it)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [liquidazioni\\_vita@avivaitalia.it](mailto:liquidazioni_vita@avivaitalia.it)

Commercial Union Vita S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale n. 18240 del 28/07/1989 (Gazzetta Ufficiale nr. 186 del 10/08/1989).

La Società di revisione è Reconta Ernst & Young S.p.A. con sede in Via della Chiusa, 2 - 20123 MILANO.

### 2. CONFLITTO DI INTERESSI

Commercial Union Vita S.p.A., Società che commercializza il presente Contratto, è partecipata da Aviva Italia Holding, da Commercial Union Italia e da Unicredit Banca S.p.A..

Commercial Union Vita S.p.A. fa capo al Gruppo Inglese AVIVA Plc. Il prodotto viene distribuito dalla Cassa di Risparmio di Bra S.p.A..

La Società si impegna ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di tali accordi.

La Società, opera in ogni circostanza in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

## B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

### 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

La durata è l'intervallo di tempo compreso tra la data di decorrenza del Contratto e la data di scadenza, durante il quale è operante la Garanzia ed ha validità il Contratto.

La scelta della durata deve essere valutata dalla Banca e dal Contraente/Assicurato e deve coincidere con la durata del mutuo richiesto.

Tale Contratto è stato predisposto per una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni

---

La Società a fronte del versamento di un premio unico si impegna a corrispondere una prestazione in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale.

Il premio unico versato viene utilizzato dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal Contratto, rischio di mortalità.

#### PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Nel caso in cui il decesso del Contraente/Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, la Società liquida immediatamente alla Banca, quale Beneficiaria irrevocabile del Contratto, il capitale pari al debito residuo rimasto da ammortizzare all'epoca del decesso del Contraente/Assicurato.

Il debito residuo è pari alla somma delle quote capitale, calcolate dalla data di decesso del Contraente/Assicurato alla scadenza contrattuale.

La prestazione è garantita dal versamento di un premio unico.

Nel caso in cui l'importo del capitale assicurato iniziale sia inferiore all'importo del mutuo richiesto, in caso di decesso del Contraente/Assicurato la Società liquiderà un capitale assicurato proporzionale al debito residuo rimasto da ammortizzare all'epoca del decesso del Contraente/Assicurato.

La Società non pagherà:

- eventuali rate di mutuo insolte da più di 15 giorni e scadute prima della data di decesso del Contraente/Assicurato;
- gli interessi calcolati dalla data dell'ultimo pagamento della rata del mutuo antecedente la morte del Contraente/Assicurato alla data di decesso del Contraente/Assicurato.

In caso di mutuo cointestato, in cui due o più cointestatari abbiano sottoscritto la Proposta per la totalità del mutuo erogato e siano deceduti contemporaneamente, la Società corrisponderà:

- alla Banca il debito residuo suddividendolo in proporzione al numero dei contestatari del mutuo stesso;
- ai Beneficiari, indicati dai singoli Contraenti/Assicurati nella Proposta, l'importo eccedente il debito residuo.

Nel caso in cui il mutuo sia stato anticipatamente estinto, la Società rimborsa al Contraente/Assicurato una parte del rateo non goduto del premio unico corrisposto.

Nel caso in cui, alla data di scadenza del Contratto, il Contraente/Assicurato sia in vita, il Contratto si intenderà estinto ed il premio unico versato dal Contraente/Assicurato resterà acquisito dalla Società.

È escluso dalla Garanzia il decesso del Contraente/Assicurato causato da:

- dolo del Contraente/Assicurato o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva del Contraente/Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva del Contraente/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 del Contraente/Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se il Contraente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto (data di decorrenza);
- stato di ubriachezza nonchè uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- esercizio di una delle professioni, sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 delle Condizioni di Assicurazione.

In questi casi la Società corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato sia interessato ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 delle Condizioni di Assicurazione la Società si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione del "Questionario Sanitario" e degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

#### PER AIDS

Rimane inoltre convenuto, (in caso di capitali fino a Euro 200.000,00 per età del Contraente/Assicurato fino a 60 anni e fino a Euro 155.000,00 per età del Contraente/Assicurato superiore a 60 anni) che qualora il decesso del Contraente/Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

In questo caso la Società corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

Tale esclusione può essere annullata qualora il Contraente/Assicurato si sottoponga, al momento della sottoscrizione del presente Contratto, allo specifico test Anti HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

**Il Contraente/Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nella Proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.**

#### **4. PREMIO UNICO**

La prestazione assicurata è garantita previa corresponsione di un premio unico alla data di conclusione del Contratto.

Il premio unico deve essere corrisposto al momento della sottoscrizione della Proposta. Nella Proposta viene indicato l'importo del premio unico da corrispondere.

Il premio unico è determinato in base:

- al capitale iniziale assicurato;
- alla durata contrattuale;
- all'età di ingresso del Contraente/Assicurato;
- al sesso del Contraente/Assicurato.

Il pagamento del premio unico viene effettuato mediante addebito sul conto corrente bancario del Contraente/Assicurato.

Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio unico, fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

#### TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute del Contraente/Assicurato, che possono essere effettuate dalla Società solo dopo che l'assicurando abbia reso le necessarie informazioni e compilato l'eventuale questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

#### **IMPORTI DI PREMIO**

**Capitale Assicurato: € 50.000,00**

**Sesso: Femminile**

ETÀ	DURATA (anni)				
	5	10	15	20	25
30	91,50	207,50	345,50	513,50	720,00
35	118,50	269,50	463,50	705,00	1.006,50
40	174,50	393,50	679,00	1.036,50	1.489,00
45	329,00	685,00	1.129,00	1.689,00	2.406,00
50	477,00	1.002,00	1.670,00	2.532,00	3.668,50

**Capitale Assicurato: € 50.000,00****Sesso: Maschile**

ETÀ	DURATA (anni)				
	5	10	15	20	25
30	213,00	406,00	624,50	886,00	1.215,00
35	225,50	457,50	758,00	1.147,00	1.659,00
40	296,50	637,50	1.102,00	1.720,00	2.545,00
45	512,50	1.093,50	1.862,50	2.886,50	4.201,50
50	803,00	1.741,00	2.993,50	4.603,50	6.593,50

**Capitale Assicurato: € 100.000,00****Sesso: Femminile**

ETÀ	DURATA (anni)				
	5	10	15	20	25
30	183,00	415,00	691,00	1.027,00	1.440,00
35	237,00	539,00	927,00	1.410,00	2.013,00
40	349,00	787,00	1.358,00	2.073,00	2.978,00
45	658,00	1.370,00	2.258,00	3.378,00	4.812,00
50	954,00	2.004,00	3.340,00	5.064,00	7.337,00

**Capitale Assicurato: € 100.000,00****Sesso: Maschile**

ETÀ	DURATA (anni)				
	5	10	15	20	25
30	426,00	812,00	1.249,00	1.772,00	2.430,00
35	451,00	915,00	1.516,00	2.294,00	3.318,00
40	593,00	1.275,00	2.204,00	3.440,00	5.090,00
45	1.025,00	2.187,00	3.725,00	5.773,00	8.403,00
50	1.606,00	3.482,00	5.987,00	9.207,00	13.187,00

**Capitale Assicurato: € 200.000,00****Sesso: Femminile**

ETÀ	DURATA (anni)				
	5	10	15	20	25
30	366,00	830,00	1.382,00	2.054,00	2.880,00
35	474,00	1.078,00	1.854,00	2.820,00	4.026,00
40	698,00	1.574,00	2.716,00	4.146,00	5.956,00
45	1.316,00	2.740,00	4.516,00	6.756,00	9.624,00
50	1.908,00	4.008,00	6.680,00	10.128,00	14.674,00

ETÀ	DURATA (anni)				
	5	10	15	20	25
30	852,00	1.624,00	2.498,00	3.544,00	4.860,00
35	902,00	1.830,00	3.032,00	4.588,00	6.636,00
40	1.186,00	2.550,00	4.408,00	6.880,00	10.180,00
45	2.050,00	4.374,00	7.450,00	11.546,00	16.806,00
50	3.212,00	6.964,00	11.974,00	18.414,00	26.374,00

## C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE

### 5. REGIME FISCALE

#### 5.1 IMPOSTE SUI PREMI

I premi di Assicurazione sulla Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

#### 5.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Le Assicurazioni in forma di Temporanea Caso Morte danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente/Assicurato.

Ai sensi del D. Lgs. n. 47 del 18/02/00, relativamente ad ogni periodo di imposta (normalmente coincidente con l'anno solare), a fronte dei premi relativi alle Assicurazione in forma di Temporanea Caso Morte, versati in tale periodo, è attualmente consentita una detrazione di imposta del 19% dei premi versati fino ad un importo massimo di Euro 245,32, corrispondente ad un'aliquota fiscale del 19%, applicata all'importo massimo di Euro 1.291,14.

In virtù della riduzione di imposta, della quale il Contraente/Assicurato viene così a beneficiare, il costo effettivo del Contratto risulta inferiore al premio versato, come illustrato nel Progetto esemplificativo che segue. La riduzione di costo in tale esempio è uguale al prodotto del premio unico per l'aliquota IRPEF del 19%.

Vi precisiamo che al raggiungimento del limite massimo di detrazione concorrono:

- eventuali altre polizze Temporanee caso morte stipulate dopo il 31.12.2000;
- eventuali altre polizze in forma Mista stipulate dopo il 31.12.2000 solo per la quota corrispondente al rischio di morte;
- eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali il Contraente/Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

#### 5.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa le somme corrisposte in dipendenza del Contratto in caso di morte del Contraente/Assicurato, sono esenti da IRPEF.

In caso di anticipata estinzione del mutuo, qualora il Contraente/Assicurato abbia beneficiato di una detrazione di imposta ai sensi dell'Art. 15 comma 1 lettera f) del TUIR, il rateo di premio unico non goduto, dovrà essere assoggettato all'applicazione della disposizione prevista all'Art. 17 comma 1 lettera n-bis del TUIR.

Tale disposizione prevede che le somme conseguite a titolo di rimborso, per le quali i Contraenti hanno fruito della detrazione, siano assoggettate a tassazione separata mediante indicazione degli oneri rimborsati nel modello di dichiarazione delle persone fisiche (fatta salva l'opzione per la tassazione ordinaria).

In relazione a dette somme pertanto il Contraente/Assicurato dovrà effettuare un versamento a titolo di acconto nella misura del 20% nei termini e con le modalità previsti per quello a saldo delle imposte sui redditi, ai sensi dell'art. 1 comma 3 del DL 31/12/1996 nr. 669 convertito dalle 28/2/1997 nr. 30.

#### **5.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

Ai sensi dell'Art.1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di decesso del Contraente/Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

In particolare, relativamente al presente Contratto, il Beneficiario è in modo irrevocabile la Banca per la parte del Contratto che garantisce la copertura del debito residuo.

#### **5.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ**

Ai sensi dell'Art.1923 del Codice Civile le somme in dipendenza di Contratti di Assicurazione non sono né pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

### **D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

#### **6. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO**

##### **6.1 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente/Assicurato ha sottoscritto la Proposta ed ha versato il premio unico.

##### **6.2 DECORRENZA DEL CONTRATTO**

Fatto salvo quanto disposto dal successivo punto 6.3 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA", le prestazioni del Contratto decorrono dalle ore 24 della data di conclusione dello stesso.

##### **6.3 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura assicurativa e di conseguenza l'emissione della Lettera Contrattuale di Conferma - che definisce l'accettazione del Contratto da parte della Società ed in cui viene indicata la data di decorrenza - sono in ogni caso subordinate:

- alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO", presente nella Proposta;

ovvero

- alla sottoscrizione dell'eventuale Questionario Sanitario e/o all'accertamento delle condizioni di salute del Contraente/Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extraprofessionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione della Società ed il pagamento del premio unico, verrà effettuato qualora la Società abbia comunicato l'accettazione del rischio.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo, la Società si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio

ovvero

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi.

La Società comunicherà a UniCredit Assicura S.r.l. gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

##### **6.4 CAPITALE ASSICURATO**

L'importo del capitale assicurato iniziale, nel caso in cui il mutuo sia intestato ad una sola persona deve coincidere con l'importo del mutuo richiesto alla Banca.

Nel caso in cui il mutuo sia intestato a più persone il capitale assicurato iniziale potrà essere pari ad una quota del mutuo od all'importo totale del mutuo secondo quanto definito al punto 6.5 "CONTRAENTE/ASSICURATO" che segue.

##### **6.5 CONTRAENTE/ASSICURATO**

Il Contraente/Assicurato è la persona - che coincide con il Cliente, che ha ottenuto la concessione di un mutuo da parte della Banca - sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione Temporanea. Infatti il premio unico è calcolato sulla base della sua età e sesso, della durata del Contratto e del capitale assicurato iniziale.



---

Dalla data di decorrenza del Contratto al termine del Contratto, il Cliente, con la sottoscrizione della Proposta:

1. diventa Contraente/Assicurato del Contratto;
2. diventa titolare a tutti gli effetti del Contratto;
3. si impegna a pagare il premio unico alla data di conclusione del Contratto.

Nel caso in cui il mutuo sia intestato a più persone si potrà scegliere tra:

- ogni cointestatario potrà sottoscrivere un Contratto che prevede un capitale assicurato pari alla propria quota di mutuo;
- ogni cointestatario potrà sottoscrivere un Contratto che prevede un capitale assicurato pari all'importo totale del mutuo;
- uno dei cointestatari potrà sottoscrivere un Contratto che prevede un capitale assicurato pari all'importo totale del mutuo.

Ciascun cointestatario dovrà sottoscrivere una Proposta.

## **7. SFERA DI APPLICAZIONE**

Il presente Contratto può essere stipulato se il Contraente/Assicurato alla data di decorrenza del Contratto ha un'età non inferiore a 18 anni e non superiore a 73, mentre alla data di scadenza del Contratto l'età non potrà essere superiore a 75 anni.

Si precisa che l'età all'ingresso del Contraente/Assicurato, ai fini assicurativi, è quella calcolata alla data di decorrenza indicata in polizza; nel caso mancassero meno di sei mesi dalla data di decorrenza al prossimo compleanno, l'età, ai fini assicurativi, verrà aumentata di un anno.

## **8. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto si scioglie al verificarsi dei seguenti eventi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- in caso di decesso del Contraente/Assicurato;
- in caso di anticipata estinzione del mutuo;
- alla scadenza del Contratto.

## **9. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI**

**La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto o di riduzione del Contratto e non prevede la concessione di prestiti.**

## **10. DIRITTO DI RECESSO**

Il Contraente/Assicurato ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto.

Il recesso libera il Contraente/Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto che, al momento dell'applicazione del recesso, viene estinto all'origine.

Il Contraente/Assicurato per esercitare il diritto di recesso deve rivolgersi direttamente al Soggetto Incaricato ovvero inviare una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno – contenente gli elementi identificativi della Proposta - alla Società al seguente indirizzo:

*COMMERCIAL UNION Vita S.p.A.*

*Viale Abruzzi, 94*

*20131 Milano*

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente/Assicurato il premio da questi corrisposto.

## **11. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA SOCIETÀ PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

### **11.1 PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ**

Per un maggior dettaglio sulla documentazione da consegnare alla Società, necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto, si rimanda allo specifico Art. 17 "PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ" delle Condizioni di Assicurazione.

## 11.2 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti da qualsiasi contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

## 12. **LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO**

In base all'art. 108 del D. Leg. 174/1995 al Contratto si applica la legge italiana.

## 13. **LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO**

Il Contratto viene redatto in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione, in tal caso spetta alla Società proporre quella da utilizzare.

## 14. **RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla società:

*Commercial Union Vita S.p.A.  
Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano  
telefax 02 2775 245  
reclami\_vita@avivaitalia.it.*

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi:

*ISVAP  
Servizio Tutela degli Utenti  
Via del Quirinale 21- 00187 Roma  
telefono 06.42.133.1,*

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

## 15. **INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO**

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente/Assicurato qualunque variazione della sua denominazione sociale, forma giuridica e indirizzo.

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni nelle informazioni contenute nella Nota Informativa a seguito di modifiche nella normativa applicabile al Contratto, la Società si impegna a fornire tempestivamente al Contraente/Assicurato ogni necessaria precisazione.

## 16. **COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ**

Le comunicazioni del Contraente/Assicurato possono essere fatte pervenire oltre che direttamente alla Società, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a COMMERCIAL UNION VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano (Italia), anche alla Banca presso cui è appoggiato il Contratto.

\* \* \* \* \*

***Commercial Union Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota informativa.***

***Il rappresentante legale  
CESARE BRUGOLA***



## **2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

### **MUTUO ASSICURATO PIÙ (TARIFFA TE5S)**

---

#### **ART. 1 OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ**

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Convenzione Assicurativa, dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dalla Proposta, dall'eventuale Questionario Sanitario, dalla Lettera Contrattuale di Conferma e dalle eventuali Appendici alle Condizioni di Assicurazione firmate dalla Società stessa. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di Legge.

#### **ART. 2 CONFLITTO DI INTERESSI**

Commercial Union Vita S.p.A., Società che commercializza il presente Contratto, è partecipata da Aviva Italia Holding, da Commercial Union Italia e da Unicredit Banca S.p.A..

Commercial Union Vita S.p.A. fa capo al Gruppo Inglese AVIVA Plc. Il prodotto viene distribuito dalla Cassa di Risparmio di Bra S.p.A..

#### **ART. 3 PRESTAZIONI DEL CONTRATTO**

Il presente Contratto viene stipulato dal Cliente della Contraente della Convenzione - che diventa in tal modo Contraente/Assicurato - che ha chiesto ed ottenuto l'erogazione di un mutuo.

La Contraente della Convenzione viene così garantita nel caso in cui il decesso del Contraente/Assicurato si verifichi prima che questi abbia potuto estinguere totalmente il mutuo, entro la durata contrattuale prevista.

Il presente Contratto prevede che, in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale - qualunque ne sia la causa, senza limiti territoriali, senza tener conto dei cambiamenti di professione del Contraente/Assicurato stesso e con le limitazioni previste all'Art. 9 "RISCHIO DI MORTE" che segue - la Commercial Union Vita S.p.A., di seguito definita Società, garantisca, alla Banca, quale Beneficiaria irrevocabile, il capitale assicurato pari al debito residuo rimasto da ammortizzare calcolato al momento del decesso del Contraente/Assicurato.

Il capitale assicurato - pari alla somma delle quote capitale, calcolate dalla data di decesso del Contraente/Assicurato alla scadenza contrattuale - verrà corrisposto previa comunicazione documentata della Banca, dell'importo del debito residuo alla data di decesso del Contraente/Assicurato.

Nei casi in cui l'importo del capitale assicurato iniziale sia inferiore all'importo del mutuo richiesto, in caso di decesso del Contraente/Assicurato la Società liquiderà un capitale assicurato proporzionale al debito residuo rimasto da ammortizzare all'epoca del decesso del Contraente/Assicurato.

In caso di sopravvivenza del Contraente/Assicurato alla data di scadenza del Contratto, questo si intenderà estinto ed il premio unico pagato resterà acquisito dalla Società.

La Società non pagherà:

- eventuali rate di mutuo insolute da più di 15 giorni e scadute prima della data di decesso del Contraente/Assicurato;
- gli interessi calcolati dalla data dell'ultimo pagamento della rata del mutuo antecedente la morte del Contraente/Assicurato alla data di decesso dello stesso.

In caso di mutuo cointestato, in cui due o più cointestatari abbiano sottoscritto la Proposta per la totalità del mutuo erogato e siano deceduti contemporaneamente, la Società corrisponderà:

- alla Banca il debito residuo suddividendolo in proporzione al numero dei contestatari del mutuo stesso;
- ai Beneficiari, indicati dai singoli Contraenti/Assicurati nella Proposta, il capitale assicurato eccedente il debito residuo.

#### **ART. 4 CONTRAENTE/ASSICURATO**

Il Contraente/Assicurato coincide con l'intestatario del mutuo. Qualora il mutuo sia intestato a più persone, si potrà scegliere tra:

- ogni cointestatario potrà sottoscrivere un Contratto che prevede un capitale assicurato pari alla propria quota di mutuo;

- 
- ogni cointestatario potrà sottoscrivere un Contratto che prevede un capitale assicurato pari all'importo totale del mutuo;
  - uno dei cointestatari potrà sottoscrivere un Contratto che prevede un capitale assicurato pari all'importo totale del mutuo.

#### **ART. 5 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO**

Le dichiarazioni del Contraente/Assicurato devono essere esatte e complete.

Trascorsi 6 mesi dall'entrata in vigore del Contratto, lo stesso non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente/Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede.

L'inesatta indicazione dell'età del Contraente/Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

#### **ART. 6 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente/Assicurato ha sottoscritto la Proposta ed ha versato il premio unico.

La data di sottoscrizione della Proposta e di pagamento del premio unico coincide con la data di stipulazione del mutuo e del rogito notarile.

#### **ART. 7 DECORRENZA DEL CONTRATTO**

Fatto salvo quanto disposto dal successivo Art. 8 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA", le prestazioni di cui l'Art. 3 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO" decorrono dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto.

#### **ART. 8 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura assicurativa e, di conseguenza, l'emissione della Lettera Contrattuale di Conferma - che definisce l'accettazione del Contratto da parte della Società ed in cui viene indicata la data di decorrenza - sono in ogni caso subordinate:

- alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO", presente nella Proposta;
- ovvero
- alla sottoscrizione dell'eventuale Questionario Sanitario e/o all'accertamento delle condizioni di salute del Contraente/Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extra professionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" che segue. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione della Società ed il pagamento del premio unico, verrà effettuato qualora la Società abbia comunicato l'accettazione del rischio.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo, la Società si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio
- ovvero
- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi.

La Società comunicherà a UniCredit Assicura S.r.l. gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

#### **ART. 9 RISCHIO DI MORTE**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione del Contraente/Assicurato.

È escluso dalla Garanzia soltanto il decesso del Contraente/Assicurato causato da:

- dolo del Contraente/Assicurato o dei Beneficiari;

- 
- partecipazione attiva del Contraente/Assicurato a delitti dolosi;
  - partecipazione attiva del Contraente/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 del Contraente/Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
  - incidente di volo, se il Contraente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
  - suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto (data di decorrenza);
  - stato di ubriachezza nonchè uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
  - esercizio di una delle professioni, sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 che segue.

In questi casi la Società corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato sia interessato ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 che segue la Società si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione del "Questionario Sanitario" e degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

#### PER AIDS

Rimane inoltre convenuto, (in caso di capitali fino a Euro 200.000,00 per età del Contraente/Assicurato fino a 60 anni e fino a Euro 155.000,00 per età del Contraente/Assicurato superiore a 60 anni) che qualora il decesso del Contraente/Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

In questo caso la Società corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

Tale esclusione può essere annullata qualora il Contraente/Assicurato si sottoponga, al momento della sottoscrizione del presente Contratto, allo specifico test Anti HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

#### **ART. 10 DIRITTO DI RECESSO**

Il Contraente/Assicurato ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dal momento della conclusione del Contratto.

Il recesso libera il Contraente/Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto che, al momento dell'applicazione del recesso, viene estinto all'origine.

Il Contraente/Assicurato per esercitare il diritto di recesso deve rivolgersi al Soggetto Incaricato ovvero inviare una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - contenente gli elementi identificativi della Proposta – indirizzata alla Società al seguente indirizzo:

COMMERCIAL UNION VITA S.p.A.  
– VIALE ABRUZZI 94 – 20131 MILANO

La Società, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente/Assicurato il premio unico da questi versato.

#### **ART. 11 DURATA E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto può essere stipulato per durate comprese tra 2 e 30 anni. La durata del Contratto deve coincidere con la durata del mutuo.

Il Contratto si scioglie al verificarsi dei seguenti eventi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- in caso di decesso del Contraente/Assicurato;
- in caso di anticipata estinzione del mutuo;
- alla scadenza del Contratto.

---

## **ART. 12 LIMITI DI ETÀ**

Il presente Contratto prevede che alla data di decorrenza del Contratto l'età del Contraente/Assicurato non sia inferiore a 18 anni e superiore a 73 anni, mentre l'età a scadenza sia non superiore a 75 anni.

## **ART. 13 PAGAMENTO DEL PREMIO UNICO**

Il premio unico deve essere corrisposto al momento della sottoscrizione della Proposta da parte del Contraente/Assicurato.

Nella Proposta viene indicato l'importo del premio unico da corrispondere.

Il premio unico è determinato in base:

- al capitale iniziale assicurato;
- alla durata contrattuale;
- all'età di ingresso del Contraente/Assicurato;
- al sesso del Contraente/Assicurato.

Il pagamento viene effettuato mediante procedura di addebito sul conto corrente bancario del Contraente/Assicurato.

## **ART. 14 RISCATTO, PRESTITI**

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto del Contratto e non prevede la concessione di prestiti.

## **ART. 15 ANTICIPATA ESTINZIONE DEL MUTUO**

In caso di anticipata estinzione del mutuo o di cessione del Contratto di mutuo, il presente Contratto si risolve.

La Contraente della Convenzione si impegna a comunicare alla Società l'anticipata estinzione del mutuo da parte del Cliente della Contraente della Convenzione.

Al Contraente/Assicurato verrà rimborsato una parte del rateo non goduto del premio unico corrisposto al momento della sottoscrizione della Proposta.

Il rateo del premio unico da rimborsare al Contraente/Assicurato, è calcolato in funzione:

- dell'importo del premio unico pattuito versato al momento della sottoscrizione della Proposta;
- della durata contrattuale definita al momento della sottoscrizione della Proposta;
- della durata residua del Contratto.

L'esatta formula che permette di individuare l'importo del rateo del premio unico da restituire al Contraente/Assicurato è indicata all'Art. 12 "ANTICIPATA ESTINZIONE DEL MUTUO" dell'Estratto delle Convenzione Assicurativa, allegato al presente Fascicolo Informativo.

In caso anticipata estinzione del mutuo alla richiesta di liquidazione inviata alla Società dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- la Banca dovrà inviare la comunicazione dell'anticipata estinzione del mutuo;
- la Banca ed il Contraente/Assicurato dovranno fornire una dichiarazione sottoscritta da entrambi, di rinuncia al Beneficio irrevocabile e di accettazione della rinuncia.

## **ART. 16 BENEFICIARI**

La Banca è il Beneficiario irrevocabile designato dal Contraente/Assicurato nella Proposta, al quale liquidare il debito residuo calcolato al momento del decesso.

Nel caso di mutuo cointestato, in cui due o più cointestatari abbiano sottoscritto la Proposta per la totalità del mutuo erogato e siano deceduti contemporaneamente, la Società liquiderà l'importo di capitale assicurato eccedente il debito residuo ai Beneficiari caso morte indicati da ciascun cointestatario nella Proposta.

## ART. 17 PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Le domande di liquidazione, inviate dai Beneficiari designati, con allegata la documentazione richiesta, devono:

- pervenire alla Società, per il tramite della Banca, e previa compilazione del Modulo di Richiesta di Liquidazioni fornito dalla stessa;

*ovvero*

- essere inviate direttamente a Commercial Union Vita S.p.A., Viale Abruzzi n. 94, 20131 Milano - a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - solo nei casi strettamente particolari in cui non si abbia alcun rapporto diretto con la Banca.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria.

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

- la data in cui il Contraente firma il Modulo di richiesta liquidazione presso la Banca, riportata in calce al Modulo stesso;

oppure

- in caso di invio della richiesta di liquidazione direttamente alla Società la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte della Società.

La richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata dalla seguente documentazione:

- certificato di morte del Contraente/Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico indicante la causa del decesso;
- comunicazione documentata dalla Banca che attesti l'importo del debito residuo, alla data di decesso del Contraente/Assicurato e, ove possibile, le seguenti informazioni:
  - somma delle quote capitale calcolate dalla data del decesso del Contraente/Assicurato alla scadenza contrattuale;
  - eventuale rateo di interesse non coperto dalla presente Assicurazione;
  - rata di ammortamento, tasso di interesse e periodicità di pagamento della rata, risultante dall'ultimo aggiornamento che precede o coincide con la data del decesso del Contraente/Assicurato.

In caso di mutuo cointestato, in cui due o più cointestatari abbiano sottoscritto la Proposta per la totalità del mutuo erogato e siano deceduti contemporaneamente, è necessario anche la seguente documentazione:

- se il Contraente/Assicurato NON ha lasciato testamento: **atto di notorietà** ovvero **dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio autenticata**, in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con il Contraente/Assicurato, con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritti o quote di eredità;
- se il Contraente/Assicurato HA lasciato testamento: **copia autenticata del testamento** e/o **verbale di pubblicazione dello stesso** ed **atto di notorietà** ovvero **dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio autenticata** in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato nel quale sono indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con il Contraente/Assicurato, con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritti o quote di eredità;
- decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il tutore degli eventuali Beneficiari minori o privi di capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento; il decreto può essere consegnato anche in copia autenticata;
- per ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori - qualora essi siano minorenni o privi di capacità di agire - sarà sufficiente compilare il Modulo di Richiesta di Liquidazione fornito dalla Banca e le dichiarazioni sottoscritte verranno direttamente autenticate dalla Banca. Solo nel caso in cui tale richiesta venga inviata a mezzo posta, e quindi non sia possibile l'autenticazione delle dichiarazioni, ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori dovrà inviare alla Società anche la seguente documentazione:
  - copia di un valido documento di identità;

- 
- copia del codice fiscale;
  - dichiarazione sottoscritta dai Beneficiari con indicato il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice C.A.B., A.B.I. e CIN.

La Società si riserva di chiedere ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per definire la liquidazione dell'importo spettante.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione suindicata.

Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

#### **ART. 18 DUPLICATO DELLA PROPOSTA**

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'esemplare della Proposta, il Contraente/Assicurato o gli aventi diritto possono ottenerne un duplicato a proprie spese e responsabilità.

#### **ART. 19 CESSIONE, PEGNO E VINCOLO**

Nel caso in cui nel Contratto di mutuo subentri un diverso soggetto, non è ammessa la possibilità di cessione della presente Assicurazione; il Contratto verrà annullato come regolato dall'Art. 15 "ANTICIPATA ESTINZIONE DEL MUTUO" che precede.

Il Contraente/Assicurato non può inoltre dare in pegno o vincolare le somme assicurate.

#### **ART. 20 IMPOSTE**

Le imposte, presenti e future, dovute sugli atti dipendenti dal Contratto, sono a carico del Contraente/Assicurato o dei Beneficiari ed aventi diritto, secondo le Norme di Legge vigenti.

#### **ART. 21 ARROTONDAMENTI**

Tutti i valori in Euro riportati nel presente Contratto e nelle comunicazioni che la Società farà al Contraente/Assicurato ed ai Beneficiari saranno indicati con due decimali.

Quando necessario, l'arrotondamento della seconda cifra avverrà con il criterio commerciale, e cioè per difetto, se la terza cifra decimale è inferiore a 5, per eccesso, se è pari o superiore a 5.

#### **ART. 22 FORO COMPETENTE**

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente/Assicurato o delle persone fisiche che intendono far valere diritti derivanti dal Contratto.



## 2.1 CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO

---

Il presente Contratto viene stipulato senza il preventivo accertamento delle condizioni di salute del Contraente/Assicurato - fatto salvo quanto stabilito all'Art. 9 "RISCHIO DI MORTE" che precede - nel solo caso in cui egli sottoscriva la dichiarazione - presente nella Proposta - sullo stato di salute del Contraente/Assicurato stesso e il Contratto venga stipulato per capitali assicurati fino a:

- Euro 200.000,00 se il Contraente/Assicurato alla data di decorrenza del Contratto ha un'età non superiore a 60 anni;
- Euro 155.000,00 se il Contraente/Assicurato alla data di decorrenza del Contratto ha un'età compresa tra 61 e 73 anni.

La Società, ai fini dell'emissione del Contratto, si riserva di chiedere accertamenti sanitari solo nei seguenti casi:

- se il Contraente/Assicurato non sottoscrive la "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO" presente nella Proposta;
- se i capitali assicurati risultano essere superiori ai limiti sopra indicati (rispettivamente Euro 200.000,00 – e Euro 155.000,00 – a seconda dell'età del Contraente/Assicurato alla data di decorrenza del Contratto).

In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione della Società ed il pagamento del premio unico, verrà effettuato qualora la Società abbia comunicato l'accettazione del rischio.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo, la Società si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio
- ovvero
- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi.

La Società comunicherà a UniCredit Assicura S.r.l. gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

Indipendentemente dall'età del Contraente/Assicurato e dall'importo di capitale assicurato la Società esclude dalla Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 che segue delle Norme Contrattuali come sottoscritto nella "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO" contenuta nella Proposta.

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato sia interessato ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 che segue la Società si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione del "Questionario Sanitario" e degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

### DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il Contratto viene assunto dalla Società con modalità diverse a seconda dell'età del Contraente/Assicurato alla data di decorrenza del Contratto. Qui di seguito vengono illustrate le diverse modalità di assunzione:

**PER ETÀ DEL CONTRAENTE/ASSICURATO FINO A 60 ANNI COMPRESI:**

<b>CAPITALE INIZIALE ASSICURATO</b>	<b>R I C H I E S T E</b>
fino a Euro 200.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dichiarazione sullo stato di salute del Contraente/Assicurato, presente nella Proposta;</li> </ul>
Da Euro 200.000,01 a Euro 259.999,99	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario Sanitario;</li> <li>• Rapporto Medico Fiduciario (su apposito Modulo – Mod. 09015 -);</li> <li>• certificato del medico curante o di famiglia;</li> <li>• esame completo delle urine;</li> <li>• ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro con tutti i tracciati;</li> <li>• esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia;</li> <li>• test Anti HIV.</li> </ul>
Da Euro 260.000,00 a Euro 520.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario Sanitario;</li> <li>• Rapporto Medico Fiduciario (su apposito Modulo – Mod. 09015 -);</li> <li>• Certificato del Medico curante o di famiglia;</li> <li>• esame completo delle urine;</li> <li>• ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro con tutti i tracciati;</li> <li>• esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia, Azotemia, Transaminasi, Gamma GT, Fosfatasi alcalina, Bilirubina totale e frazionata, elettroforesi proteica; Emocromo completo con formula, VES, Creatininemia;</li> <li>• test Anti HIV.</li> </ul>
Da Euro 520.000,01 a Euro 1.550.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario Sanitario;</li> <li>• Rapporto Medico Fiduciario (su apposito Modulo – Mod. 09015 -);</li> <li>• Certificato del Medico curante o di famiglia;</li> <li>• esame completo delle urine;</li> <li>• ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro con tutti i tracciati;</li> <li>• RX torace (2 proiezioni);</li> <li>• Ectomografia addome superiore;</li> <li>• esami del sangue: Azotemia, Glicemia, VES, Creatininemia, Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, HBs-Ag, HCV, Anti HIV, GOT, GPT, Gamma GT, Bilirubinemia totale e frazionata, Elettroforesi proteica, Proteinemia totale, Fosfatasi alcalina, Tempo di protrombina, Emocromo con formula e conta piastrinica, PSA (solo per gli uomini);</li> <li>• Questionari Finanziari.</li> </ul>
Oltre Euro 1.550.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario Sanitario;</li> <li>• Rapporto Medico Fiduciario (su apposito Modulo – Mod. 09015 -);</li> <li>• Certificato del Medico curante o di famiglia;</li> <li>• esame completo delle urine;</li> <li>• Visita cardiologia;</li> <li>• ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro con tutti i tracciati;</li> <li>• Ecocardiogramma;</li> <li>• Ecografia addominale completo;</li> <li>• RX torace (2 proiezioni);</li> <li>• Esami del sangue: Azotemia, Glicemia, VES, Creatininemia, Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, GOT, GPT, Gamma GT, Bilirubinemia totale e frazionata, Fosfatasi alcalina, Emocromo con formula e conta piastrinica, Elettroforesi proteica, PSA (solo per gli uomini), Hbs-Ag, HCV, Tempo di protrombina;</li> <li>• test Anti HIV;</li> <li>• Questionari Finanziari.</li> </ul>

**PER ETÀ DEL CONTRAENTE/ASSICURATO DA 61 ANNI A 73 ANNI:**

<b>CAPITALE INIZIALE ASSICURATO</b>	<b>R I C H I E S T E</b>
fino a Euro 155.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dichiarazione sullo stato di salute del Contraente/Assicurato, presente nella Proposta;</li> </ul>
Da Euro 155.000,01 a Euro 259.999,99	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario Sanitario;</li> <li>• Rapporto Medico Fiduciario (su apposito Modulo – Mod. 09015 -);</li> <li>• certificato del medico curante o di famiglia;</li> <li>• esame completo delle urine;</li> <li>• ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro con tutti i tracciati;</li> <li>• esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia;</li> <li>• test Anti HIV.</li> </ul>
Da Euro 260.000,00 a Euro 520.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario Sanitario;</li> <li>• Rapporto Medico Fiduciario (su apposito Modulo – Mod. 09015 -);</li> <li>• Certificato del Medico curante o di famiglia;</li> <li>• esame completo delle urine;</li> <li>• ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro con tutti i tracciati;</li> <li>• esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia, Azotemia, Transaminasi, Gamma GT, Fosfatasi alcalina, Bilirubina totale e frazionata, elettroforesi proteica; Emocromo completo con formula, VES, Creatininemia;</li> <li>• test Anti HIV.</li> </ul>
Da Euro 520.000,01 a Euro 1.550.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario Sanitario;</li> <li>• Rapporto Medico Fiduciario (su apposito Modulo – Mod. 09015 -);</li> <li>• Certificato del Medico curante o di famiglia;</li> <li>• esame completo delle urine;</li> <li>• ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro con tutti i tracciati;</li> <li>• RX torace (2 proiezioni);</li> <li>• Ectomografia addome superiore;</li> <li>• esami del sangue: Azotemia, Glicemia, VES, Creatininemia, Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, HBs-Ag, HCV, Anti HIV, GOT, GPT, Gamma GT, Bilirubinemia totale e frazionata, Elettroforesi proteica, Proteinemia totale, Fosfatasi alcalina, Tempo di protrombina, Emocromo con formula e conta piastrinica, PSA (solo per gli uomini);</li> <li>• Questionari Finanziari.</li> </ul>
Oltre Euro 1.550.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario Sanitario;</li> <li>• Rapporto Medico Fiduciario (su apposito Modulo – Mod. 09015 -);</li> <li>• Certificato del Medico curante o di famiglia;</li> <li>• esame completo delle urine;</li> <li>• Visita cardiologia;</li> <li>• ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro con tutti i tracciati;</li> <li>• Ecocardiogramma;</li> <li>• Ecografia addominale completo;</li> <li>• RX torace (2 proiezioni);</li> <li>• Esami del sangue: Azotemia, Glicemia, VES, Creatininemia, Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, GOT, GPT, Gamma GT, Bilirubinemia totale e frazionata, Fosfatasi alcalina, Emocromo con formula e conta piastrinica, Elettroforesi proteica, PSA (solo per gli uomini), Hbs-Ag, HCV, Tempo di protrombina;</li> <li>• test Anti HIV;</li> <li>• Questionari Finanziari.</li> </ul>

## 2.2 ALLEGATO A: ELENCO DELLE PROFESSIONI E DEGLI SPORT AMATORIALI E/O PROFESSIONISTI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

---

**(da considerarsi esclusi dalla copertura assicurativa)**

*Nel caso in cui il Contraente/Assicurato sia interessato ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al presente allegato A) la Società si riserva di valutare il rischio derivanti dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione del "Questionario Sanitario" e degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.*

### **PROFESSIONI**

- Abbatitore piante
- Agente di Polizia reparti speciali
- Agente Guardia di Finanza reparti speciali
- Allevatore di animali pericolosi
- Antennista
- Ambasciatore Repubblica Italiana
- Artista Circense
- Carabiniere
- Collaudatore Auto /Moto
- Collaudatore Veicoli Marini/Aerei
- Collaudatore impianti alto voltaggio / macchinari pesanti
- Decoratore
- Demolitore
- Escavatorista
- Giornalista corrispondente estero
- Guardia del Corpo
- Guida Alpina
- Ingegnere Minerario
- Investigatore
- Ispettore di Polizia
- Istruttore di Equitazione
- Istruttore Subacqueo
- Lavoratore su Piattaforme Offshore
- Marinaio – Marina Mercantile
- Militare in genere
- Palombaro
- Pescatore
- Pilota Civile
- Pilota Militare
- Pugile
- Questore
- Sommozzatore
- Tecnico Impresa Petrolifera
- Tecnico Manutentore con utilizzo di impalcature, ponteggi, tralicci, a contatto con voltaggi superiori ai 380 volt, gas o altre sostanze esplosive
- Tecnico/Produttore materiale pirotecnico

---

## **SPORT AMATORIALI E/O PROFESSIONALI**

- Alpinismo
- Arrampicata sportiva
- Automobilismo
- Go-kart
- Motociclismo
- Motonautica
- Paracadutismo
- Parapendio
- Pesca Subacquea
- Sport subacquei : immersioni con autorespiratore, esplorazione relitti, operazioni di soccorso e recupero
- Regate / Vela
- Volo
- Deltaplano
- Aikido
- Aikijujitsu
- Bob
- Bodyboard
- Budo-Taijutsu
- Jumping/Repelling
- Canoa
- Ciclismo non amatoriale
- Corse Ippiche
- Equitazione
- Football Americano
- Hwa Rang Do
- Jeet Kune Do
- Jiu jitsu
- Judo
- Karate
- Kendo
- Kickboxing
- Kung Fu
- Lotta
- Pugilato
- Rafting
- Rugby
- Salto dal trampolino con sci o idrosci
- Sci alpinismo
- Sci acrobatico
- Speleologia
- Tae Kwon Do
- Tai Chi
- Torrentismo
- Tuffi

### 3. GLOSSARIO

#### MUTUO ASSICURATO PIÙ (TARIFFA TE5S)

---

**Banca:** Sportello che ha concesso il mutuo al Cliente e presso cui è stato stipulato il Contratto;

**Beneficiario:** persona, fisica o giuridica, cui spetta il pagamento della prestazione in caso di decesso del Contraente/Assicurato. Date le finalità della Convenzione Assicurativa, il Beneficiario irrevocabile coincide sempre con la Banca che ha concesso un mutuo al proprio Cliente. Nel caso di mutuo cointestato, in cui due o più cointestatari abbiano sottoscritto la Proposta per la totalità del mutuo erogato e siano deceduti contemporaneamente, la Società liquiderà l'importo di capitale assicurato eccedente il debito residuo ai Beneficiari caso morte indicati da ciascun cointestatario nella Proposta;

**Capitale Assicurato:** in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale al Beneficiario;

**Conclusione del Contratto:** il Contratto si considera concluso quando viene sottoscritta la Proposta da parte del Contraente/Assicurato e viene versato il premio unico;

**Contraente/Assicurato:** persona sulla cui vita è stipulato il Contratto e si impegna a pagare il premio; è titolare a tutti gli effetti del Contratto; date le finalità della Convenzione Assicurativa, il Contraente/Assicurato coincide sempre con il Cliente della Banca;

**Contraente della Convenzione:** Cassa di Risparmio di Bra S.p.A., che sottoscrive la Convenzione Assicurativa con la Società in nome, per conto e nell'interesse dei propri Clienti e propone il Contratto ad essi;

**Contratto:** Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita del Contraente/Assicurato (decesso del Contraente/Assicurato);

**Convenzione Assicurativa:** accordo sottoscritto tra la Società – Commercial Union Vita S.p.A. – e la Contraente della Convenzione. Tale Convenzione stabilisce le modalità per la stipula, da parte dei Clienti a cui la Banca concede un mutuo, di un'Assicurazione Temporanea a garanzia della restituzione del debito residuo, sulla base delle Condizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione. L'estratto di tale Convenzione Assicurativa viene allegato al presente Fascicolo Informativo;

**Debito Residuo:** somma delle quote capitale calcolate dalla data del decesso del Contraente/Assicurato alla scadenza contrattuale;

**Data di decorrenza:** data dalla quale decorrono le Garanzie previste dal Contratto ovvero le ore 24 della data di conclusione del Contratto. La data di decorrenza è indicata nella Lettera Contrattuale di Conferma e coincide con la data di stipulazione del mutuo (rogito notarile);

**Durata del Contratto:** intervallo di tempo compreso tra la data di decorrenza del Contratto e la sua scadenza, durante il quale è operante la Garanzia ed ha validità il Contratto. Data la tipologia del Contratto, la durata coincide con la durata del mutuo richiesto;

**Impignorabilità e insequestrabilità:** principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

**ISVAP:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, che svolge funzioni

**Mutuo:** finanziamento erogato dalla Banca che prevede un piano di rimborso del capitale finanziato con il pagamento, alla stessa, di rate secondo uno schema di ammortamento prestabilito;

**Premio unico:** importo che il Contraente/Assicurato corrisponde in un'unica soluzione alla Società al momento della conclusione del Contratto;

---

**Proposta:** è il documento con il quale si dà corso al Contratto e che ne attesta la stipulazione;

**Questionario Sanitario:** modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Contraente/Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di assicurazione;

**Recesso:** diritto del Contraente/Assicurato di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti;

**Scadenza:** data in cui cessano gli effetti del Contratto;

**Società:** - Commercial Union Vita S.p.A. - autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente/Assicurato stipula il Contratto di assicurazione;

**Valuta di denominazione:** Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali. Il presente Contratto è stipulato in Euro.

## 4. INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

---

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali la Società informa gli interessati sull'uso dei loro dati personali e sui loro diritti ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003).

La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraenti e Assicurati).

### I PER SCOPI ASSICURATIVI\*

*\* Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.*

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da COMMERCIAL UNION VITA S.p.A., da Società del Gruppo AVIVA e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto,
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

La nostra Società chiede, quindi, agli interessati di esprimere il consenso - contenuto nella proposta di adesione - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

Per i servizi e prodotti assicurativi la nostra Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" – sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose dei soggetti interessati (art. 4, comma 1, lett. d, del Codice in materia di protezione dei dati personali) - strettamente strumentali all'erogazione degli stessi (come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri). Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i dati degli interessati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM), broker assicurativi, Società di Gestione del Risparmio, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, ISVAP, CIRT, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie quali INPS, INPGI, Forze dell'ordine ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Il consenso degli interessati riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

COMMERCIAL UNION VITA S.p.A. – Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775 447.

Senza tali dati la nostra Società non potrebbe fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge (lo prevede, ad esempio, la disciplina antiriciclaggio).

### MODALITÀ D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela.

I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del



---

telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto della Società, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo AVIVA o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società (legali, medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, la Società precisa infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i suoi dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo a:

COMMERCIAL UNION VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447, ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la redistribuzione del rischio.

La Società informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati. Inoltre hanno il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (questi diritti sono previsti dall'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali; la cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge, per l'integrazione occorre vantare un interesse, il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi di materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato e, negli altri casi, l'opposizione presuppone sempre un motivo legittimo).

Per l'esercizio dei loro diritti gli interessati possono rivolgersi a:

Servizio Privacy - COMMERCIAL UNION VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474 – email [privacy\\_vita@avivaitalia.it](mailto:privacy_vita@avivaitalia.it)

Il Direttore Generale è responsabile del trattamento dei dati personali per l'area industriale assicurativa.

COD. PRODOTTO	AGENZIA	RETE BANCA	SPORTELLO	COLLOCATORE	PROPOSTA DI ADESIONE N.
					POLIZZA N.
<p><b>CONTRAENTE/ASSICURATO</b></p> <p>Cognome e Nome _____</p> <p>Luogo e data di nascita _____</p> <p>Indirizzo _____</p> <p>Documento di identità _____ Numero _____</p> <p>Ente, Luogo e Data rilascio _____</p> <p>Codice fiscale _____ Sesso _____</p> <p>Professione _____ Attività economica: Sottogruppo _____</p> <p>Attività sportiva _____ Gruppo/Ramo _____</p>					
<p><b>CONTRAENTE DELLA CONVENZIONE: CASSA DI RISPARMIO DI BRA S.p.A.</b> <b>BENEFICIARIO IRREVOCABILE: ENTE EROGATORE DEL MUTUO</b> - AD ESTINZIONE DEL DEBITO RESIDUO IN LINEA CAPITALE DEL MUTUO</p> <p>La presente Proposta di Assicurazione costituisce applicazione alla Convenzione N. 0040/T sottoscritta tra CASSA DI RISPARMIO DI BRA S.p.A. e COMMERCIAL UNION VITA S.p.A. per il tramite di UniCredit Assicura S.r.l. e garantisce, nei limiti e nei termini previsti dalla predetta Convenzione, il rimborso del debito residuo, in linea capitale, previsto nel piano di ammortamento relativo al Contratto di mutuo sottoscritto dal Contraente/Assicurato, nel caso di morte del Contraente/Assicurato stesso durante la vigenza del Contratto.</p>					
<p><b>BENEFICIARIO CASO MORTE:</b> ..... - per la parte di capitale assicurato eccedente il debito residuo.</p> <p><b>Da compilare solo in caso di mutuo cointestato, in cui due o più cointestatarî abbiano sottoscritto la Proposta per la totalità del mutuo erogato.</b></p> <p><b>Verrà effettuato il pagamento al beneficiario sopra indicato esclusivamente se i cointestatarî del mutuo siano deceduti contemporaneamente.</b></p> <p>LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE/ASSICURATO _____</p>					
<p><b>CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO (Tariffa TE5S):</b></p> <p>Premio _____</p> <p>Prestazione iniziale assicurata _____</p> <p>Data di decorrenza _____ Data di scadenza _____</p> <p>Durata contrattuale _____</p>					
<p><b>MODALITÀ DI PAGAMENTO</b></p> <p>Il pagamento del premio unico viene effettuato utilizzando la procedura di addebito sul conto corrente bancario del Contraente appoggiato presso la Banca indicata in calce. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio unico, fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.</p>					
<p><b>AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN CONTO</b></p> <p>Il Correntista autorizza la Banca ad addebitare il premio unico sul proprio rapporto nr. _____ - CAB: _____ - ABI: _____</p> <p>IL CONTRAENTE _____ IL CORRENTISTA _____</p>					
<p><b>DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE</b></p> <p>Il Contraente/Assicurazione di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli e norme:</p> <p>Obblighi della Società; Conflitto di interesse; Dichiarazioni del Contraente/Assicurato; Conclusione e Decorrenza del Contratto; Efficacia della copertura assicurativa; Rischio di Morte; Riscatto; Pagamenti della Società; Foro competente.</p> <p>LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE/ASSICURATO _____</p>					

## IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE/ASSICURATO DICHIARA DI AVER RICEVUTO:

- **il Fascicolo Informativo (MUTUO ASSICURATO PIÙ) – redatto secondo le prescrizioni ISVAP e secondo l'Art. 109 del Decreto Legislativo n. 174 del 17 marzo 1995 - contenente la Scheda Sintetica, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'informativa sulla privacy e la presente Proposta che definiscono il Contratto;**
- l'Estratto della Convenzione Assicurativa.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente/Assicurato potrà recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto. Il diritto di recesso libera il Contraente/Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto.

La Società entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI

Il Contraente/Assicurato:

- conferma che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Proposta - anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
  - dichiara di essere a conoscenza che la presente Proposta è parte integrante del Fascicolo Informativo e delle eventuali Appendici alle Condizioni di Assicurazione;
  - prende atto che il Contratto, con la sottoscrizione della presente Proposta e il pagamento del premio unico, è concluso e che la Commercial Union Vita S.p.A. – la Società -, si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE alla presente Proposta, fatti salvi l'ultimo comma dell'Articolo "Dichiarazioni del Contraente/Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione errori di calcolo che comportino risultati difforni dall'esatta applicazione della tariffa;
  - prende atto che la prestazione assicurativa decorre, a partire dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
    - alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO", presente nella Proposta;  
*ovvero*
    - all'accertamento delle condizioni di salute del Contraente/Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extra professionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione della Società ed il pagamento del premio unico, verrà effettuato qualora la Società abbia comunicato l'accettazione del rischio;
- La Società invia al Contraente/Assicurato la Lettera Contrattuale di Conferma, quale documento contrattuale che definisce il ricevimento del premio da parte della Società e che riporta i dati identificativi del Contratto.
- La Società si riserva il diritto, entro trenta giorni dalla Conclusione del contratto – nel caso dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo – di rifiutare l'assunzione del rischio o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedono l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi.
- dichiara di aver preso conoscenza dell'Articolo "CONFLITTO DI INTERESSI" delle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente dichiara di AVER LETTO e ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO:

- 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;**
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, il Contraente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Il Sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara, per l'efficacia della Garanzia e sotto la propria responsabilità personale (a norma degli articoli del Codice Civile 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave" e 1893 "Dichiarazioni inesatte o reticenze senza dolo o colpa grave"):

- di essere in buono stato di salute,
- di essere esente da malattie in atto,
- di non aver sofferto di gravi malattie,
- di non aver subito interventi chirurgici che abbiano comportato un ricovero in Case di Cura o Ospedali superiore ai 10 giorni,
- di non aver subito traumi e/o lesioni accidentali che limitino la sua normale attività funzionale,
- di non aver gravi imperfezioni fisiche o funzionali,
- di non aver mai fatto uso, ai fini non terapeutici, di sostanze allucinogene o stupefacenti,
- di non essere mai risultato positivo ad un test HIV.

Dichiara di assumersi ogni responsabilità per le informazioni riportate nella presente Proposta, che sono veritiere e complete. Proscioglie dal segreto tutti i medici nonché gli Enti ed Istituti pubblici o privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, autorizzandoli a rilasciare informazioni sul proprio conto alla Società e ad altri Enti ai fini assicurativi e riassicurativi.

Dichiara di essere a conoscenza delle esclusioni di cui al punto 2.2 delle Condizioni di Assicurazione.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui il Contraente/Assicurato sia interessato ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 delle Condizioni di Assicurazione, la Società si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione del "Questionario Sanitario" e degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.**

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA

### A. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

A1. Et  \_\_\_\_\_

### B. INFORMAZIONI SULLO STATO OCCUPAZIONALE

B1. Qual   attualmente il Suo stato occupazionale?

lavoratore dipendente  
 pensionato

lavoratore autonomo  
 non occupato

### C. INFORMAZIONI SULLE PERSONE DA TUTELARE OVVERO PROTEGGERE

C1. Lei ha eventuali soggetti da tutelare ovvero proteggere (familiari o altri soggetti)?

S 

No

### D. INFORMAZIONI SULLA ATTUALE SITUAZIONE ASSICURATIVA

D1. Attualmente quali aree di bisogno sono soddisfatte da coperture assicurative - previdenziali?

risparmio/investimento  
 previdenza/pensione complementare  
 protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi)  
 nessuna copertura assicurativa

D2. Le eventuali attuali coperture assicurative – previdenziali coprono appieno le Sue esigenze?

S 

No

### E. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE FINANZIARIA

E1. Qual   la Sua disponibilit  all'investimento?

fino a 20.000 Euro  
 oltre 20.000 e fino a 50.000 Euro  
 oltre 50.000 Euro

unica soluzione

da rateizzare nel corso del contratto

### F. INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE ASSICURATIVE – PREVIDENZIALI

F1. Quali aree di bisogno ritiene importante soddisfare con coperture assicurative - previdenziali?

risparmio/investimento  
 previdenza/pensione complementare  
 protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi)

F2. Fra quanto tempo pensa di utilizzare una parte significativa dell'investimento (orizzonte temporale minimo)?

fino a 2 anni

oltre 2 anni e fino a 6 anni

oltre 6 anni e fino a 10 anni

oltre 10 anni

F3. Quale dei seguenti ipotetici risultati – risposta a, b, c e d – in relazione a situazioni di mercato pi  favorevoli e meno favorevoli, corrisponde maggiormente al Suo profilo di rischio in relazione all'orizzonte temporale sopraindicato?

**Rischio Basso**

**Rischio Medio - Basso**

**Rischio Medio**

**Rischio Alto**

	<b>Rischio Basso</b>	<b>Rischio Medio - Basso</b>	<b>Rischio Medio</b>	<b>Rischio Alto</b>
Scenario migliore	Rendimento massimo basso	Rendimento massimo medio	Rendimento massimo alto	Rendimento massimo molto alto
Scenario peggiore	Perdita molto bassa o nulla	Perdita bassa	Perdita media	Perdita alta

Le informazioni contenute nel presente questionario hanno consentito la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa alle esigenze del Contraente/Assicurato.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'interessato (Contraente/Assicurato), preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) – contenuta nel Fascicolo Informativo di cui all'articolo 109 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 174 e redatta secondo le prescrizioni ISVAP - acconsente al trattamento dei suoi dati personali per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" secondo quanto riportato nel retro della presente proposta.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Intermediario [Nome – Cognome – Codice] dichiara di avere informato il Contraente/Assicurato dei principali motivi, di seguito riportati / riportati nel retro della presente proposta, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

MOTIVAZIONI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

L'INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**Generalità dell'acquirente che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente/Assicurato ai sensi della Legge n.197 del 5 luglio 1991 (disposizioni urgenti per la lotta al riciclaggio).**

NOME E COGNOME (STAMPATELLO) \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

COD. PRODOTTO	AGENZIA	RETE BANCA	SPORTELLO	COLLOCATORE	PROPOSTA DI ADESIONE N.
					POLIZZA N.
<p><b>CONTRAENTE/ASSICURATO</b></p> <p>Cognome e Nome _____</p> <p>Luogo e data di nascita _____</p> <p>Indirizzo _____</p> <p>Documento di identità _____ Numero _____</p> <p>Ente, Luogo e Data rilascio _____</p> <p>Codice fiscale _____ Sesso _____</p> <p>Professione _____ Attività economica: Sottogruppo _____</p> <p>Attività sportiva _____ Gruppo/Ramo _____</p>					
<p><b>CONTRAENTE DELLA CONVENZIONE: CASSA DI RISPARMIO DI BRA S.p.A.</b> <b>BENEFICIARIO IRREVOCABILE: ENTE EROGATORE DEL MUTUO</b> - AD ESTINZIONE DEL DEBITO RESIDUO IN LINEA CAPITALE DEL MUTUO</p> <p>La presente Proposta di Assicurazione costituisce applicazione alla Convenzione N. 0040/T sottoscritta tra CASSA DI RISPARMIO DI BRA S.p.A. e COMMERCIAL UNION VITA S.p.A. per il tramite di UniCredit Assicura S.r.l. e garantisce, nei limiti e nei termini previsti dalla predetta Convenzione, il rimborso del debito residuo, in linea capitale, previsto nel piano di ammortamento relativo al Contratto di mutuo sottoscritto dal Contraente/Assicurato, nel caso di morte del Contraente/Assicurato stesso durante la vigenza del Contratto.</p>					
<p><b>BENEFICIARIO CASO MORTE:</b> ..... - per la parte di capitale assicurato eccedente il debito residuo.</p> <p><b>Da compilare solo in caso di mutuo cointestato, in cui due o più cointestatarî abbiano sottoscritto la Proposta per la totalità del mutuo erogato.</b></p> <p><b>Verrà effettuato il pagamento al beneficiario sopra indicato esclusivamente se i cointestatarî del mutuo siano deceduti contemporaneamente.</b></p> <p>LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE/ASSICURATO _____</p>					
<p><b>CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO (Tariffa TE5S):</b></p> <p>Premio _____</p> <p>Prestazione iniziale assicurata _____</p> <p>Data di decorrenza _____ Data di scadenza _____</p> <p>Durata contrattuale _____</p>					
<p><b>MODALITÀ DI PAGAMENTO</b></p> <p>Il pagamento del premio unico viene effettuato utilizzando la procedura di addebito sul conto corrente bancario del Contraente appoggiato presso la Banca indicata in calce. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio unico, fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.</p>					
<p><b>AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN CONTO</b></p> <p>Il Correntista autorizza la Banca ad addebitare il premio unico sul proprio rapporto nr. _____ - CAB: _____ - ABI: _____</p> <p>IL CONTRAENTE _____ IL CORRENTISTA _____</p>					
<p><b>DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE</b></p> <p>Il Contraente/Assicurazione di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli e norme:</p> <p>Obblighi della Società; Conflitto di interesse; Dichiarazioni del Contraente/Assicurato; Conclusione e Decorrenza del Contratto; Efficacia della copertura assicurativa; Rischio di Morte; Riscatto; Pagamenti della Società; Foro competente.</p> <p>LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE/ASSICURATO _____</p>					

**IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE/ASSICURATO DICHIARA DI AVER RICEVUTO:**

- **il Fascicolo Informativo (MUTUO ASSICURATO PIÙ) – redatto secondo le prescrizioni ISVAP e secondo l'Art. 109 del Decreto Legislativo n. 174 del 17 marzo 1995 - contenente la Scheda Sintetica, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'informativa sulla privacy e la presente Proposta che definiscono il Contratto;**
- l'Estratto della Convenzione Assicurativa.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DIRITTO DI RECESSO**

Il Contraente/Assicurato potrà recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto. Il diritto di recesso libera il Contraente/Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto.

La Società entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI**

Il Contraente/Assicurato:

- conferma che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Proposta - anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- dichiara di essere a conoscenza che la presente Proposta è parte integrante del Fascicolo Informativo e delle eventuali Appendici alle Condizioni di Assicurazione;
- prende atto che il Contratto, con la sottoscrizione della presente Proposta e il pagamento del premio unico, è concluso e che la Commercial Union Vita S.p.A. – la Società -, si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE alla presente Proposta, fatti salvi l'ultimo comma dell'Articolo "Dichiarazioni del Contraente/Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione errori di calcolo che comportino risultati difforni dall'esatta applicazione della tariffa;
- prende atto che la prestazione assicurativa decorre, a partire dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO", presente nella Proposta;  
*ovvero*
  - all'accertamento delle condizioni di salute del Contraente/Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extra professionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione della Società ed il pagamento del premio unico, verrà effettuato qualora la Società abbia comunicato l'accettazione del rischio;

La Società invia al Contraente/Assicurato la Lettera Contrattuale di Conferma, quale documento contrattuale che definisce il ricevimento del premio da parte della Società e che riporta i dati identificativi del Contratto.

La Società si riserva il diritto, entro trenta giorni dalla Conclusione del contratto – nel caso dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo – di rifiutare l'assunzione del rischio o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedono l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi.

- dichiara di aver preso conoscenza dell'Articolo "CONFLITTO DI INTERESSI" delle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente dichiara di AVER LETTO e ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO:**

- 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;**
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, il Contraente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO**

Il Sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara, per l'efficacia della Garanzia e sotto la propria responsabilità personale (a norma degli articoli del Codice Civile 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave" e 1893 "Dichiarazioni inesatte o reticenze senza dolo o colpa grave"):

- di essere in buono stato di salute,
- di essere esente da malattie in atto,
- di non aver sofferto di gravi malattie,
- di non aver subito interventi chirurgici che abbiano comportato un ricovero in Case di Cura o Ospedali superiore ai 10 giorni,
- di non aver subito traumi e/o lesioni accidentali che limitino la sua normale attività funzionale,
- di non aver gravi imperfezioni fisiche o funzionali,
- di non aver mai fatto uso, ai fini non terapeutici, di sostanze allucinogene o stupefacenti,
- di non essere mai risultato positivo ad un test HIV.

Dichiara di assumersi ogni responsabilità per le informazioni riportate nella presente Proposta, che sono veritiere e complete. Proscioglie dal segreto tutti i medici nonché gli Enti ed Istituti pubblici o privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, autorizzandoli a rilasciare informazioni sul proprio conto alla Società e ad altri Enti ai fini assicurativi e riassicurativi.

Dichiara di essere a conoscenza delle esclusioni di cui al punto 2.2 delle Condizioni di Assicurazione.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui il Contraente/Assicurato sia interessato ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 delle Condizioni di Assicurazione, la Società si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione del "Questionario Sanitario" e degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.**

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA

### A. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

A1. Età \_\_\_\_\_

### B. INFORMAZIONI SULLO STATO OCCUPAZIONALE

B1. Qual è attualmente il Suo stato occupazionale?

lavoratore dipendente  
 pensionato

lavoratore autonomo  
 non occupato

### C. INFORMAZIONI SULLE PERSONE DA TUTELARE OVVERO PROTEGGERE

C1. Lei ha eventuali soggetti da tutelare ovvero proteggere (familiari o altri soggetti)?

Sì

No

### D. INFORMAZIONI SULLA ATTUALE SITUAZIONE ASSICURATIVA

D1. Attualmente quali aree di bisogno sono soddisfatte da coperture assicurative - previdenziali?

risparmio/investimento  
 previdenza/pensione complementare  
 protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi)  
 nessuna copertura assicurativa

D2. Le eventuali attuali coperture assicurative – previdenziali coprono appieno le Sue esigenze?

Sì

No

### E. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE FINANZIARIA

E1. Qual è la Sua disponibilità all'investimento?

fino a 20.000 Euro  
 oltre 20.000 e fino a 50.000 Euro  
 oltre 50.000 Euro

unica soluzione

da rateizzare nel corso del contratto

### F. INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE ASSICURATIVE – PREVIDENZIALI

F1. Quali aree di bisogno ritiene importante soddisfare con coperture assicurative - previdenziali?

risparmio/investimento  
 previdenza/pensione complementare  
 protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi)

F2. Fra quanto tempo pensa di utilizzare una parte significativa dell'investimento (orizzonte temporale minimo)?

fino a 2 anni

oltre 2 anni e fino a 6 anni

oltre 6 anni e fino a 10 anni

oltre 10 anni

F3. Quale dei seguenti ipotetici risultati – risposta a, b, c e d – in relazione a situazioni di mercato più favorevoli e meno favorevoli, corrisponde maggiormente al Suo profilo di rischio in relazione all'orizzonte temporale sopraindicato?

**Rischio Basso**

**Rischio Medio - Basso**

**Rischio Medio**

**Rischio Alto**

	<b>Rischio Basso</b>	<b>Rischio Medio - Basso</b>	<b>Rischio Medio</b>	<b>Rischio Alto</b>
Scenario migliore	Rendimento massimo basso	Rendimento massimo medio	Rendimento massimo alto	Rendimento massimo molto alto
Scenario peggiore	Perdita molto bassa o nulla	Perdita bassa	Perdita media	Perdita alta

Le informazioni contenute nel presente questionario hanno consentito la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa alle esigenze del Contraente/Assicurato.



**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'interessato (Contraente/Assicurato), preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) – contenuta nel Fascicolo Informativo di cui all'articolo 109 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 174 e redatta secondo le prescrizioni ISVAP - acconsente al trattamento dei suoi dati personali per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" secondo quanto riportato nel retro della presente proposta.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Intermediario [Nome – Cognome – Codice] dichiara di avere informato il Contraente/Assicurato dei principali motivi, di seguito riportati / riportati nel retro della presente proposta, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

MOTIVAZIONI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

L'INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**Generalità dell'acquirente che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente/Assicurato ai sensi della Legge n.197 del 5 luglio 1991 (disposizioni urgenti per la lotta al riciclaggio).**

NOME E COGNOME (STAMPATELLO) \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

COD. PRODOTTO	AGENZIA	RETE BANCA	SPORTELLO	COLLOCATORE	PROPOSTA DI ADESIONE N.
					POLIZZA N.
<p><b>CONTRAENTE/ASSICURATO</b></p> <p>Cognome e Nome _____</p> <p>Luogo e data di nascita _____</p> <p>Indirizzo _____</p> <p>Documento di identità _____ Numero _____</p> <p>Ente, Luogo e Data rilascio _____</p> <p>Codice fiscale _____ Sesso _____</p> <p>Professione _____ Attività economica: Sottogruppo _____</p> <p>Attività sportiva _____ Gruppo/Ramo _____</p>					
<p><b>CONTRAENTE DELLA CONVENZIONE: CASSA DI RISPARMIO DI BRA S.p.A.</b> <b>BENEFICIARIO IRREVOCABILE: ENTE EROGATORE DEL MUTUO</b> - AD ESTINZIONE DEL DEBITO RESIDUO IN LINEA CAPITALE DEL MUTUO</p> <p>La presente Proposta di Assicurazione costituisce applicazione alla Convenzione N. 0040/T sottoscritta tra CASSA DI RISPARMIO DI BRA S.p.A. e COMMERCIAL UNION VITA S.p.A. per il tramite di UniCredit Assicura S.r.l. e garantisce, nei limiti e nei termini previsti dalla predetta Convenzione, il rimborso del debito residuo, in linea capitale, previsto nel piano di ammortamento relativo al Contratto di mutuo sottoscritto dal Contraente/Assicurato, nel caso di morte del Contraente/Assicurato stesso durante la vigenza del Contratto.</p>					
<p><b>BENEFICIARIO CASO MORTE:</b> ..... - per la parte di capitale assicurato eccedente il debito residuo.</p> <p><b>Da compilare solo in caso di mutuo cointestato, in cui due o più cointestatarî abbiano sottoscritto la Proposta per la totalità del mutuo erogato.</b></p> <p><b>Verrà effettuato il pagamento al beneficiario sopra indicato esclusivamente se i cointestatarî del mutuo siano deceduti contemporaneamente.</b></p> <p>LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE/ASSICURATO _____</p>					
<p><b>CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO (Tariffa TE5S):</b></p> <p>Premio _____</p> <p>Prestazione iniziale assicurata _____</p> <p>Data di decorrenza _____ Data di scadenza _____</p> <p>Durata contrattuale _____</p>					
<p><b>MODALITÀ DI PAGAMENTO</b></p> <p>Il pagamento del premio unico viene effettuato utilizzando la procedura di addebito sul conto corrente bancario del Contraente appoggiato presso la Banca indicata in calce. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio unico, fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.</p>					
<p><b>AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN CONTO</b></p> <p>Il Correntista autorizza la Banca ad addebitare il premio unico sul proprio rapporto nr. _____ - CAB: _____ - ABI: _____</p> <p>IL CONTRAENTE _____ IL CORRENTISTA _____</p>					
<p><b>DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE</b></p> <p>Il Contraente/Assicurazione di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli e norme:</p> <p>Obblighi della Società; Conflitto di interesse; Dichiarazioni del Contraente/Assicurato; Conclusione e Decorrenza del Contratto; Efficacia della copertura assicurativa; Rischio di Morte; Riscatto; Pagamenti della Società; Foro competente.</p> <p>LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE/ASSICURATO _____</p>					

## IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE/ASSICURATO DICHIARA DI AVER RICEVUTO:

- il Fascicolo Informativo (MUTUO ASSICURATO PIÙ) – redatto secondo le prescrizioni ISVAP e secondo l'Art. 109 del Decreto Legislativo n. 174 del 17 marzo 1995 - contenente la Scheda Sintetica, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'informativa sulla privacy e la presente Proposta che definiscono il Contratto;
- l'Estratto della Convenzione Assicurativa.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente/Assicurato potrà recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto. Il diritto di recesso libera il Contraente/Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto.

La Società entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI

Il Contraente/Assicurato:

- conferma che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Proposta - anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
  - dichiara di essere a conoscenza che la presente Proposta è parte integrante del Fascicolo Informativo e delle eventuali Appendici alle Condizioni di Assicurazione;
  - prende atto che il Contratto, con la sottoscrizione della presente Proposta e il pagamento del premio unico, è concluso e che la Commercial Union Vita S.p.A. – la Società -, si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE alla presente Proposta, fatti salvi l'ultimo comma dell'Articolo "Dichiarazioni del Contraente/Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa;
  - prende atto che la prestazione assicurativa decorre, a partire dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
    - alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO", presente nella Proposta;  
*ovvero*
    - all'accertamento delle condizioni di salute del Contraente/Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extra professionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione della Società ed il pagamento del premio unico, verrà effettuato qualora la Società abbia comunicato l'accettazione del rischio;
- La Società invia al Contraente/Assicurato la Lettera Contrattuale di Conferma, quale documento contrattuale che definisce il ricevimento del premio da parte della Società e che riporta i dati identificativi del Contratto.
- La Società si riserva il diritto, entro trenta giorni dalla Conclusione del contratto – nel caso dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo – di rifiutare l'assunzione del rischio o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedono l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi.
- dichiara di aver preso conoscenza dell'Articolo "CONFLITTO DI INTERESSI" delle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente dichiara di AVER LETTO e ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO:

- a) 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;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, il Contraente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Il Sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara, per l'efficacia della Garanzia e sotto la propria responsabilità personale (a norma degli articoli del Codice Civile 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave" e 1893 "Dichiarazioni inesatte o reticenze senza dolo o colpa grave"):

- di essere in buono stato di salute,
- di essere esente da malattie in atto,
- di non aver sofferto di gravi malattie,
- di non aver subito interventi chirurgici che abbiano comportato un ricovero in Case di Cura o Ospedali superiore ai 10 giorni,
- di non aver subito traumi e/o lesioni accidentali che limitino la sua normale attività funzionale,
- di non aver gravi imperfezioni fisiche o funzionali,
- di non aver mai fatto uso, ai fini non terapeutici, di sostanze allucinogene o stupefacenti,
- di non essere mai risultato positivo ad un test HIV.

Dichiara di assumersi ogni responsabilità per le informazioni riportate nella presente Proposta, che sono veritiere e complete. Proscioglie dal segreto tutti i medici nonché gli Enti ed Istituti pubblici o privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, autorizzandoli a rilasciare informazioni sul proprio conto alla Società e ad altri Enti ai fini assicurativi e riassicurativi.

Dichiara di essere a conoscenza delle esclusioni di cui al punto 2.2 delle Condizioni di Assicurazione.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui il Contraente/Assicurato sia interessato ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 delle Condizioni di Assicurazione, la Società si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione del "Questionario Sanitario" e degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.**

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA

### A. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

A1. Et  \_\_\_\_\_

### B. INFORMAZIONI SULLO STATO OCCUPAZIONALE

B1. Qual   attualmente il Suo stato occupazionale?

lavoratore dipendente  
 pensionato

lavoratore autonomo  
 non occupato

### C. INFORMAZIONI SULLE PERSONE DA TUTELARE OVVERO PROTEGGERE

C1. Lei ha eventuali soggetti da tutelare ovvero proteggere (familiari o altri soggetti)?

S 

No

### D. INFORMAZIONI SULLA ATTUALE SITUAZIONE ASSICURATIVA

D1. Attualmente quali aree di bisogno sono soddisfatte da coperture assicurative - previdenziali?

risparmio/investimento  
 previdenza/pensione complementare  
 protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi)  
 nessuna copertura assicurativa

D2. Le eventuali attuali coperture assicurative – previdenziali coprono appieno le Sue esigenze?

S 

No

### E. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE FINANZIARIA

E1. Qual   la Sua disponibilit  all'investimento?

fino a 20.000 Euro  
 oltre 20.000 e fino a 50.000 Euro  
 oltre 50.000 Euro

unica soluzione

da rateizzare nel corso del contratto

### F. INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE ASSICURATIVE – PREVIDENZIALI

F1. Quali aree di bisogno ritiene importante soddisfare con coperture assicurative - previdenziali?

risparmio/investimento  
 previdenza/pensione complementare  
 protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi)

F2. Fra quanto tempo pensa di utilizzare una parte significativa dell'investimento (orizzonte temporale minimo)?

fino a 2 anni

oltre 2 anni e fino a 6 anni

oltre 6 anni e fino a 10 anni

oltre 10 anni

F3. Quale dei seguenti ipotetici risultati – risposta a, b, c e d – in relazione a situazioni di mercato pi  favorevoli e meno favorevoli, corrisponde maggiormente al Suo profilo di rischio in relazione all'orizzonte temporale sopraindicato?

**Rischio Basso**

**Rischio Medio - Basso**

**Rischio Medio**

**Rischio Alto**

Scenario migliore	Rendimento massimo basso	Rendimento massimo medio	Rendimento massimo alto	Rendimento massimo molto alto
Scenario peggiore	Perdita molto bassa o nulla	Perdita bassa	Perdita media	Perdita alta

Le informazioni contenute nel presente questionario hanno consentito la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa alle esigenze del Contraente/Assicurato.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'interessato (Contraente/Assicurato), preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) – contenuta nel Fascicolo Informativo di cui all'articolo 109 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 174 e redatta secondo le prescrizioni ISVAP - acconsente al trattamento dei suoi dati personali per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" secondo quanto riportato nel retro della presente proposta.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Intermediario [Nome – Cognome – Codice] dichiara di avere informato il Contraente/Assicurato dei principali motivi, di seguito riportati / riportati nel retro della presente proposta, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

MOTIVAZIONI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

L'INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**Generalità dell'acquirente che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente/Assicurato ai sensi della Legge n.197 del 5 luglio 1991 (disposizioni urgenti per la lotta al riciclaggio).**

NOME E COGNOME (STAMPATELLO) \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento: 15 novembre 2005

## **Commercial Union Vita S.p.A.**

Viale Abruzzi, 94 – 20131 Milano – Tel. 02.2775.1 – Fax 02.2775.204



Capitale Sociale Euro 429.713.613,12 (i.v.) – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18240 del 28/07/1989 (Gazzetta Ufficiale n. 186 del 10/08/1989) – R.E.A. di Milano n. 1284961 – Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 09269930153 - La Società ha sede legale e sociale in Italia – Viale Abruzzi, 94 – 20131 Milano

COMPAGNIA DEL GRUPPO 

## **CONVENZIONE ASSICURATIVA**

Tra

**Cassa di Risparmio di Bra SpA**

con Sede Legale e Direzione Generale in Via Principi di Piemonte, 12 - 12042 Bra (CN)  
in seguito denominata per brevità  
“Contraente della Convenzione”

e

**COMMERCIAL UNION VITA S.p.A.**

con sede in Viale Abruzzi, 94 – 20131 Milano  
in seguito denominata per brevità “Società”

con l’intermediazione di

**UNICREDIT ASSICURA S.r.l.**

con Sede Sociale in - Viale Bodio, 29 - 20158 Milano

---

## CONDIZIONI PRELIMINARI

- 1) la Contraente della Convenzione stipula la Convenzione Assicurativa in nome, per conto e nell'interesse dei propri Clienti;
- 2) la Contraente della Convenzione concede ai propri Clienti mutui di durata compresa tra un minimo di 2 ed un massimo di 30 anni;
- 3) a tutela del mutuo erogato i Clienti che hanno ottenuto un mutuo da una delle filiali della Cassa di Risparmio di Bra SpA stipulano un'Assicurazione Temporanea Caso Morte a premio annuo costante a garanzia della restituzione del debito residuo;
- 4) i Clienti della Contraente della Convenzione diventano in tal modo Contraenti/Assicurati, cioè le persone sulla cui vita è stipulato il Contratto;
- 5) i Clienti devono essere residenti nello stato italiano;
- 6) Beneficiario irrevocabile del presente Contratto è la Contraente della Convenzione che ha concesso il mutuo costituendo così una garanzia per la copertura del debito residuo;
- 7) la Società presta la Garanzia come definita, garantendo ai Clienti della Contraente della Convenzione condizioni vantaggiose a confronto con quelle che il singolo cliente avrebbe potuto ottenere individualmente;
- 8) a disposizione dei Clienti, sia presso la Sede della Società che presso la Sede della Contraente della Convenzione, è depositato il testo completo della Convenzione Assicurativa.



# ESTRATTO DELLA CONVENZIONE ASSICURATIVA

---

## **ART. 1 OGGETTO DELLA CONVENZIONE ASSICURATIVA**

La Convenzione Assicurativa ha per oggetto la stipula di un Contratto - riservato ai Clienti che hanno richiesto ed ottenuto un mutuo dalla Contraente della Convenzione - che tuteli la Banca attraverso la copertura del debito residuo in caso di premorienza del Contraente/Assicurato nel corso della durata del mutuo.

Il Contratto è costituito da un'Assicurazione Temporanea per il Caso di Morte a Capitale Decrescente, a Copertura del Debito Residuo a Premio Annuo Costante.

La Convenzione Assicurativa viene stipulata dalla Contraente della Convenzione, - che agisce in nome e per conto di tutte le filiali della Cassa di Risparmio di Bra SpA – nell'interesse dei Clienti che hanno ottenuto un mutuo dalla Contraente della Convenzione, i quali, con la sottoscrizione della Proposta, diventano Contraenti/Assicurati.

Le Proposte pervenute alla Direzione della Società saranno assunte dalla stessa alle Condizioni e nei termini indicati al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione.

## **ART. 5 CONTRAENTI/ASSICURATI**

Saranno ammessi a partecipare alla Convenzione Assicurativa tutti i Clienti della Banca che rispondano ai seguenti requisiti:

- abbiano richiesto ed ottenuto la concessione di un mutuo in qualità di intestatario o di cointestatario;
- abbiano, alla data di decorrenza del contratto, un'età non inferiore a 18 anni e non superiore a 73, mentre alla data di scadenza del contratto, un'età non superiore a 75 anni;
- abbiano aderito alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo la Proposta, che attesta la stipula del Contratto e con la quale si dà corso alla posizione assicurativa.

Nel caso in cui il mutuo sia intestato a più persone si potrà scegliere tra:

- ogni cointestatario potrà sottoscrivere un Contratto che prevede un capitale assicurato pari alla propria quota di mutuo;
- ogni cointestatario potrà sottoscrivere un Contratto che prevede un capitale assicurato pari all'importo totale del mutuo;
- uno dei cointestatari potrà sottoscrivere un Contratto che prevede un capitale assicurato pari all'importo totale del mutuo.

## **ART. 6 CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO**

Il presente Contratto viene stipulato senza il preventivo accertamento delle condizioni di salute del Contraente/Assicurato, secondo quanto stabilito all'Art. 6 "CONCLUSIONE DEL CONTRATTO" ed all'Art. 7 "DECORRENZA DEL CONTRATTO" e con i limiti previsti all'Art. 9 "RISCHIO DI MORTE" delle Condizioni di Assicurazione.

In ogni caso la Società si riserva di richiedere ulteriori informazioni di carattere sanitario relative al Contraente/Assicurato, di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio - che prevedono l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi - o di rifiutare il rischio.

Nel punto 2.2 delle Condizioni di Assicurazione sono riportate le informazioni dettagliate relative alle Condizioni di Assunzione del Contratto.

## **ART. 7 CAPITALE ASSICURATO**

Il Contratto viene stipulato senza il preventivo accertamento delle condizioni di salute del Contraente/Assicurato nel solo caso in cui egli sottoscriva la "DICHIARAZIONE - presente nella Proposta - SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO" e il Contratto venga stipulato per capitali assicurati fino a:

- Euro 200.000,00 se il Contraente/Assicurato alla data di decorrenza del Contratto ha un'età non superiore a 60 anni;

- 
- Euro 155.000,00 se il Contraente/Assicurato alla data di decorrenza del Contratto ha un'età compresa tra 61 e 73 anni.

Se il capitale iniziale assicurato è superiore ai limiti sopra indicati (rispettivamente Euro 200.000,00 - e Euro 155.000,00 – a seconda dell'età del Contraente/Assicurato alla data di decorrenza del Contratto) la copertura assicurativa - nel caso in cui l'assunzione avvenga senza il preventivo accertamento delle condizioni di salute del Contraente/Assicurato e con la sola sottoscrizione della "DICHIAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO" - può essere prestata fino al limite indicato.

Nel punto 2.1 delle Condizioni di Assicurazione sono riportate le informazioni dettagliate relative alle Condizioni di Assunzione del Contratto.

#### **ART. 8 DURATA DEL CONTRATTO**

La durata minima del Contratto si intende stabilita in 2 anni, mentre quella massima in 30 anni. La durata del Contratto coincide con la durata del mutuo richiesto.

Il Contratto si estingue solo nei seguenti casi:

- decesso del Contraente/Assicurato;
- anticipata estinzione del mutuo;
- scadenza del Contratto.

#### **ART. 9 BENEFICIARI - SOMMA LIQUIDABILE IN CASO DI MORTE -**

In caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società liquida alla Banca, quale Beneficiaria irrevocabile, il debito residuo calcolato al momento del decesso con le modalità indicate all'Art. 3 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione.

La Società si impegna a liquidare le somme dovute, entro 30 giorni dalla data di ricevimento dei documenti indicati all'Art. 17 "PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ" delle Condizioni di Assicurazione.

Solo nel caso di mutuo cointestato, in cui due o più cointestatari abbiano sottoscritto la Proposta per la totalità del mutuo erogato e siano deceduti contemporaneamente, la Società liquiderà l'importo di capitale assicurato eccedente il debito residuo ai Beneficiari caso morte indicati da ciascun cointestatario nella Proposta.

#### **ART. 10 CONCLUSIONE E DECORRENZA DEL CONTRATTO**

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente/Assicurato ha sottoscritto la Proposta ed ha versato il primo premio annuo costante o la prima rata di premio.

Le prestazioni assicurative decorrono dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto, alle condizioni indicate all'Art. 7 "DECORRENZA DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione fatto salvo quanto disposto dall'Art. 8 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.

La data di decorrenza coincide con il giorno di stipulazione del Contratto di mutuo.

#### **ART. 11 PREMIO ANNUO COSTANTE**

Il premio annuo costante da corrispondere a fronte della Garanzia prevista dal Contratto, di cui all'Art. 13 "PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO COSTANTE" delle Condizioni di Assicurazione, è determinato in base:

- al capitale iniziale assicurato;
- alla durata contrattuale;
- all'età di ingresso del Contraente/Assicurato;
- al sesso del Contraente/Assicurato.

Il primo premio annuo costante - o la prima rata di premio - deve essere corrisposto al momento della sottoscrizione della Proposta i successivi alle rispettive ricorrenza annue. I premi possono essere corrisposti in un'unica soluzione annuale o con frazionamento semestrale, trimestrale o mensile.

Si precisa che per il calcolo del premio dovuto, l'età all'ingresso del Contraente/Assicurato, ai fini assicurativi, è quella calcolata alla data di decorrenza indicata nella Proposta; nel caso mancassero meno di sei mesi dalla data di decorrenza al prossimo compleanno, l'età, ai fini assicurativi, verrà aumentata di un anno.

## **ART. 12 ANTICIPATA ESTINZIONE DEL MUTUO**

In caso di anticipata estinzione del mutuo o di cessione del Contratto di mutuo, il presente Contratto si risolve e i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

La Contraente della Convenzione si impegna a comunicare alla Società l'anticipata estinzione del mutuo da parte del Cliente della Contraente della Convenzione.

In caso di anticipata estinzione del mutuo alla richiesta di liquidazione inviata alla Società dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- la Banca dovrà inviare la comunicazione dell'anticipata estinzione del mutuo;
- la Banca ed il Contraente/Assicurato dovranno fornire una dichiarazione sottoscritta da entrambi, di rinuncia al Beneficio irrevocabile e di accettazione della rinuncia.

## **ART. 13 DENUNCIA DEL SINISTRO**

La denuncia del sinistro deve essere comunicata dagli eredi del Contraente/Assicurato, in base alle seguenti modalità:

- direttamente alla Società mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno;
- per il tramite della Banca previa compilazione del Modulo di Richiesta di Liquidazione da far pervenire alla Società.

Alla denuncia deve essere allegata la documentazione indicata all'Art. 17 "PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ" delle Condizioni di Assicurazione.

La Banca, una volta in possesso della documentazione, comunica alla Società, l'importo del debito residuo al momento del decesso.

## **ART. 14 RIFERIMENTO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Per tutto quanto non espressamente convenuto nella Convenzione Assicurativa, si farà riferimento alle Condizioni di Assicurazione, che formano parte integrante del presente Contratto.

Le Clausole della presente Convenzione prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione.

Ogni modifica alla presente Convenzione e relativi allegati che ne formano parte integrante e sostanziale, deve essere pattuita per iscritto, pena la nullità della presente Convenzione Assicurativa e del Contratto.

La Contraente della Convenzione ed il Contraente/Assicurato:

- sono a conoscenza delle Condizioni della Convenzione Assicurativa e delle Condizioni di Assicurazione;
- accettano in ogni loro parte e approvano espressamente, ai sensi degli Articoli del Codice Civile: 1341 "Condizioni Generali di Contratto" e 1342: "Contratto Concluso Mediante Moduli e Formulari", i sotto indicati articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

Art. 1 Obblighi della Società;  
Art. 4 Contraente/Assicurato;  
Art. 5 Dichiarazioni del Contraente/Assicurato;  
Art. 6 Conclusione del Contratto;  
Art. 7 Decorrenza del Contratto;  
Art. 9 Rischio di morte;  
Art. 10 Diritto di Recesso;  
Art. 13 Pagamento del Premio Annuo Costante;  
Art. 14 Riscatto, Prestiti;  
Art. 15 Anticipata estinzione del Mutuo;  
Art. 17 Pagamenti della Società;  
Art. 19 Cessione, pegno e Vincolo;  
Art. 22 Foro competente.