

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Convenzione Collettiva n. CL/09/802 stipulata da Deutsche Bank Spa con Alico Italia Spa

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il contratto e che abbia aderito al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposita clausola.

Assicuratore: Alico Italia S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Viale Castro Pretorio n. 124, 00185 Roma. La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/1994 G.U. n. 12 del 16/01/1995 e n. 323 del 05/08/1996 G.U. n. 193 del 19/08/1996.

Beneficiario:

- Per la garanzia Decesso, la Contraente. In caso di estinzione anticipata del finanziamento, e qualora l'Assicurato in detta sede abbia optato per la prosecuzione della copertura assicurativa, la prestazione sarà corrisposta agli eredi dell'Assicurato medesimo e verrà calcolata sulla base del piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto di finanziamento.
- Per le garanzie Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale l'Assicurato.

Contraente: Deutsche Bank S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Piazza del Calendario n. 3, 20126 Milano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000027178, in data 01/02/2007.

Decorrenza del Programma Assicurativo: momento in cui le garanzie divengono operanti ed il contratto acquista efficacia, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Franchigia assoluta: periodo di tempo superato il quale l'Assicuratore indennizza il sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Premio: la somma versata all'Assicuratore per la copertura assicurativa prestata.

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie prestate dall'Assicuratore.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Possono aderire al Programma Assicurativo tutte le persone fisiche che sottoscrivano con la Contraente un contratto di finanziamento avente le caratteristiche di seguito specificate e che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, abbiano un'età compresa tra 18 e 75 anni non compiuti e possano sottoscrivere la dichiarazione di adesione;
- al termine del piano di rimborso del finanziamento non abbiano ancora compiuto 75 anni di età.

Caratteristiche del finanziamento:

- Importo massimo: € 30.000,00;
- Durata massima: 120 mesi;
- Differimento di rimborso: garantito fino ad un massimo di 180 giorni;
- Rate di rimborso: mensili.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

Anche se non previsto dalle formalità di ammissione al Programma Assicurativo, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico. Nel caso in cui l'Assicurato dovesse ricorrere ad un medico incaricato dall'Assicuratore, il costo massimo previsto è pari ad € 300,00.

ART. 3 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dall'Assicuratore comprende le seguenti garanzie:

- **Decesso** (in seguito definita D);
- **Invalidità Permanente Totale** (in seguito definita IPT);
- **Inabilità Temporanea Totale** (in seguito definita ITT).

Si precisa quanto segue:

- la garanzia D è prestata per qualsiasi causa e le garanzie IPT e ITT sono prestate a seguito di infortunio e malattia, salvi i casi di esclusione specificati nell'art. 8, nell'ipotesi in cui l'Assicurato abbia aderito al Programma Assicurativo prima del compimento del 65° anno di età;
- le garanzie D, IPT e ITT sono prestate a seguito di infortunio, salvi i casi di esclusione specificati nell'art. 8, nell'ipotesi in cui l'Assicurato abbia aderito al Programma Assicurativo dopo il compimento del 65° anno di età.



Le garanzie sono valide senza limiti territoriali ma l'IPT e l'ITT devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento superiore a 180 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento e rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento, a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso: al pagamento della prestazione relativa alle garanzie D e IPT da parte dell'Assicuratore; in caso di decesso dell'Assicurato; in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato.

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata del finanziamento da parte dell'Assicurato, il Programma Assicurativo rimane in vigore secondo quanto previsto dall'originario piano di rimborso del finanziamento e beneficiario di tutte le garanzie sarà l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi. L'Assicurato potrà richiedere la cessazione della copertura entro 30 giorni dalla data di estinzione anticipata del finanziamento, mediante comunicazione inviata per iscritto alla Contraente presso Bamado Servizi Assicurativi S.r.l., Viale della Liberazione n. 1, 20094 Corsico (MI). In tal caso l'Assicuratore restituirà all'Assicurato la frazione di premio relativa al rischio non corso tramite la Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

ART. 6 – RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata alla Contraente presso Bamado Servizi Assicurativi S.r.l., Viale della Liberazione n. 1, 20094 Corsico (MI), entro 30 giorni dalla data di decorrenza del medesimo. In tal caso, sarà restituito dall'Assicuratore all'Assicurato, per il tramite della Contraente, il premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

In caso di durata poliennale del Programma Assicurativo superiore a 5 anni, l'Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

- In caso di **Decesso (D)** dell'Assicurato, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario il capitale residuo del finanziamento alla data del D. Il D deve avvenire prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.
- In caso di **Invalidità Permanente Totale (IPT)** dell'Assicurato, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario il capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT. L'IPT corrisponde ad un'invalidità di almeno il 60% secondo la tabella INAIL (D.P.R. n. 1124/1965 e successive modifiche) e deve essere riconosciuta, con certificazione medica, prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.
- In caso di **Inabilità Temporanea Totale (ITT)** dell'Assicurato, con durata superiore a 60 giorni consecutivi (franchigia assoluta), l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario un importo pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del finanziamento dovute dopo la franchigia, che hanno scadenza nel periodo di ITT comprovato. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di inabilità. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario non aver compiuto il 75° anno di età, alla data d'inizio dell'ITT. Nessuna nuova rata è dovuta dall'Assicuratore allorché: siano state indennizzate 12 mensilità.

ART. 8 – LIMITAZIONI

Franchigia: per la garanzia ITT è previsto un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni, che decorre dal 1° giorno di inabilità.

Prestazione massima: per le garanzie D e IPT la prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di cui è titolare, è di € 30.000,00; per la garanzia ITT la prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di cui è titolare, è di € 3.000,00 al mese. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dall'ambito della prestazione pagabile.

Esclusioni:

Per tutte le garanzie: le conseguenze: di una malattia insorta o di un infortunio verificatosi prima della data di decorrenza del Programma Assicurativo; dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico; di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS; di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; di guerra o insurrezione; di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale); di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva; di tutti i rischi nucleari.

Solo per D: il suicidio dell'Assicurato accaduto nel primo anno successivo alla data di decorrenza del Programma Assicurativo.

Solo per IPT e ITT: le conseguenze: di malattie mentali o disturbi psichici in genere; di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata; della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate.

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

Il premio è determinato moltiplicando il tasso di premio pari al 4,20% per il capitale iniziale del finanziamento. Il premio, posto a carico dell'Assicurato, viene versato dalla Contraente all'Assicuratore in via anticipata ed in un'unica soluzione, nell'ambito ed in esecuzione del contratto di finanziamento stipulato dall'Assicurato medesimo. Il premio è stato determinato in ragione della durata poliennale del Programma Assicurativo, in misura ridotta rispetto al premio che sarebbe stato applicato in caso di durata annuale del medesimo Programma.

ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro il Denunciante deve contattare nel più breve tempo possibile il servizio assistenza sinistri predisposto dalla Contraente – presso Bamado Servizi Assicurativi S.r.l., Servizio Gestione Sinistri *Creditor Protection Insurance*, Viale della Liberazione n. 1, 20094 Corsico (MI), Tel. 02/36529745, Fax 02/36529709 – che fornirà all'Assicurato (o ai suoi eredi) i moduli prestampati da compilare. Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, utilizzando i moduli prestampati forniti, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti, elencati alla fine del modulo di denuncia. L'Assicuratore ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro. L'Assicuratore si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate. Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di sinistro indennizzabile l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto direttamente al Beneficiario entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione della denuncia completa (con tutte le eventuali ulteriori informazioni richieste) salvo casi particolari. Il pagamento viene effettuato attraverso bonifico bancario. In caso di sinistro non indennizzabile l'Assicuratore si impegna a comunicare al Denunciante ed alla Contraente le ragioni della reiezione.

False dichiarazioni: in caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, l'Assicuratore comunicherà al Denunciante ed alla Contraente la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione, secondo quanto previsto ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 11 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Alico Italia S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Castro Pretorio n. 124 - 00185 Roma - Tel. 06-492161 - Fax 06-49216300 - Indirizzo e-mail: reclami@alico.com. L'Impresa gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

In conformità al disposto del Regolamento ISVAP n. 24/2008, l'esponente potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Impresa e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni;
- reclami relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto) qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

ART. 12 – LEGGE APPLICABILE

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 13 – FORO COMPETENTE

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

ART. 14 – CONTROVERSIE

In caso di divergenze sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennizzo, l'Assicuratore e l'Assicurato si impegnano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici per decidere a norma e nei limiti delle disposizioni della Convenzione di riferimento. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato entro 30 giorni dal giorno in cui è stata comunicata la decisione dell'Assicuratore e deve essere fatta per iscritto, con indicazione del nome del medico designato dall'Assicurato, dopodiché l'Assicuratore comunica all'Assicurato entro 30 giorni, il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai due primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico. Nominato il terzo medico, l'Assicuratore convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio medico risiede nel capoluogo della Regione ove sia la residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le

Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale. In ogni caso rimane ferma, per ambo le Parti, la possibilità di adire la competente Autorità Giudiziaria.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Cliente, La informiamo che i Suoi dati personali acquisiti direttamente da Lei o tramite terzi¹, anche successivamente nel corso del rapporto con Lei instaurato, saranno utilizzati dalla Nostra Società, Alico Italia S.p.A. (titolare del trattamento) al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti². A tali scopi Lei potrebbe fornire alla Nostra Società eventuali dati sensibili³ (come, ad esempio, le informazioni riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro). Il conferimento dei Suoi dati risulta pertanto necessario per il perseguimento delle suddette finalità. Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirLe correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti. I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito delle Nostre strutture, solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate. Alcuni Suoi dati potranno essere comunicati a: (i) società del Nostro gruppo e a società di Nostra fiducia, che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i Suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento⁴, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto⁵. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile sul sito internet: www.alicoitalia.com. Taluni Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A⁶ qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei sinistri. La invitiamo pertanto a rilasciare alla Nostra Società, con la sottoscrizione della clausola posta nel contratto di finanziamento, il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del Suo rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connesse, nei limiti e con le modalità sopra indicate. In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003) rivolgendosi al Responsabile del Dipartimento Bancassurance, in qualità di responsabile del trattamento dei Suoi dati, presso Alico Italia S.p.A., Viale Castro Pretorio n. 124, 00185 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@alico.com.

¹ Come, ad esempio, nel caso di polizze collettive o individuali che la qualificano come assicurato o beneficiario stipulate anche tramite agenti, broker o altri intermediari assicurativi, ovvero nel caso in cui, per una corretta e sicura assunzione e gestione dei rischi, sia necessario acquisire informazioni aggiuntive tramite società di informazioni commerciali.

² Stipulazione ed esecuzione di contratti di assicurazione, raccolta premi, liquidazione sinistri, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio a difesa dei diritti dell'assicuratore, adempimento degli specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.

³ Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

⁴ In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

⁵ ANIA, ISVAP, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni.

⁶ Precisamente alla società di riassicurazione ed alla capogruppo ALICO cui la Nostra società è tenuta a trasmettere un rapporto relativo ai sinistri di particolare entità.