

FASCICOLO INFORMATIVO DELLE COPERTURE ASSICURATIVE FACOLTATIVE

Polizze Collettive n. G632 e T94/59/837349 (ed. 15/01/2009)

(Il testo integrale delle condizioni di assicurazione è a disposizione presso Consel S.p.A.)

Il presente Fascicolo Informativo comprendente:

- a) Nota informativa
- b) Glossario
- c) Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato all'Aderente alle polizze collettive prima della sottoscrizione della dichiarazione di adesione riportata nel modulo di richiesta di finanziamento.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Tutti i dati sono aggiornati alla data del 15/01/2009.

NOTA INFORMATIVA

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Alleanza Toro (di seguito "Società") è una Società per Azioni. Sede Legale e Direzione Generale: Via Mazzini, 53 - 10123 TORINO - ITALIA. Telefono: 011.0029.111. Indirizzo telematico: www.toroassicurazioni.it e-mail: infoprodotti.toro@alleanzatoro.it.

Società iscritta all'Albo Imprese ISVAP n. 1.00172, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.

Società di Revisione: Price Waterhouse Coopers con sede legale in Via Monte Rosa, 91 - 20149 MILANO - ITALIA.

2. Conflitto di interessi

Non si segnalano conflitti di interesse tali da recare pregiudizio agli interessi del Contraente e degli Assicurati.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

3. Prestazioni assicurative

Le coperture assicurative di seguito descritte sono prestate attraverso specifiche polizze collettive (Polizza-convenzione n. G632 per le coperture Decesso e Invalidità; Polizza n. T94/59/837349 per le coperture Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Malattia Grave, Perdita d'Impiego e Uso Fraudolento), stipulate tra Alleanza Toro S.p.A e Consel S.p.A. (di seguito "Contraente") in qualità di ente erogatore del finanziamento a favore dell'Assicurato.

Il contratto è specificamente rivolto ai Clienti della Consel S.p.A., Titolari di Carte di Credito emesse da quest'ultima.

L'età dell'Assicurato all'ingresso in assicurazione deve essere non inferiore a 18 anni e non superiore a 70 anni. L'età massima al termine della copertura assicurativa non può comunque eccedere i 70 anni.

Le prestazioni assicurative previste sono le seguenti:

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato per qualsiasi causa

Il contratto prevede il pagamento agli aventi diritto dell'Assicurato del capitale definito ai sensi dell'art. 5.1 delle Condizioni di Assicurazione, qualora l'Assicurato deceda nel corso della durata. La copertura è prestata attraverso la Polizza-convenzione G632.

Prestazione in caso di invalidità dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia

Il contratto prevede il pagamento all'Assicurato od ai suoi aventi diritto del capitale assicurato qualora l'Assicurato, nel corso della durata, divenga invalido in modo permanente. La definizione del capitale assicurato e la misura dell'invalidità permanente ai fini del riconoscimento della prestazione sono specificate all'art. 5.2 delle Condizioni di Assicurazione. La copertura è prestata attraverso la Polizza-convenzione G632.

Prestazione in caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro

Il contratto prevede, limitatamente agli Assicurati che al momento del sinistro siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici, il pagamento alla Contraente, in quanto beneficiaria delle prestazioni, di un'indennità pari alle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo di inabilità temporanea e totale al lavoro a seguito di infortunio o malattia. Il contratto prevede un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni, come specificato all'art. 5.3 delle Condizioni di Assicurazione. La copertura è prestata attraverso la Polizza-convenzione n. T94/59/837349.

Prestazione in caso di Malattia Grave

Il contratto prevede, limitatamente agli Assicurati che al momento del sinistro siano Non Lavoratori, il pagamento alla Contraente, in quanto beneficiaria delle prestazioni, del capitale assicurato (definito ai sensi dell'art. 5.4 delle Condizioni di Assicurazione) qualora l'Assicurato, nel corso della durata, sia colpito da una malattia grave quale definita nell'art. 5.4 delle Condizioni di Assicurazione. Si precisa che qualora il sinistro avvenga entro 90 giorni dalla data di decorrenza, la

Società non procederà ad alcun indennizzo. La copertura è prestata attraverso la Polizza-convenzione n. T94/59/837349.

Prestazione in caso di Perdita d'Impiego

Il contratto prevede, limitatamente agli Assicurati, che al momento del sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e che risultino assunti da almeno sei mesi sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore, il pagamento alla Contraente, in quanto beneficiaria delle prestazioni, di un'indennità pari alle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo di disoccupazione conseguente alla perdita di impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo". Il contratto prevede un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni, come specificato all'art. 5.5 delle Condizioni di Assicurazione. Si precisa che l'indennità non verrà corrisposta nei casi in cui la notifica di perdita di impiego avvenga entro 90 giorni dalla data di decorrenza. La copertura è prestata attraverso la Polizza-convenzione n. T94/59/837349.

Prestazione in caso di Uso Fraudolento

Il contratto prevede il rimborso delle transazioni effettuate in modo fraudolento da terzi a seguito di furto, scippo, rapina o smarrimento della carta, avvenute nelle 120 ore precedenti il momento di denuncia effettuata alla Contraente così come specificato all'articolo 5.6 delle Condizioni di Assicurazione.

La copertura è prestata attraverso la Polizza-convenzione n. T94/59/837349.

Nessuna prestazione è dovuta qualora tali eventi non si siano verificati nel corso del periodo di copertura; in tal caso il premio pagato resta acquisito dalla Società.

Non sono previste prestazioni accessorie o complementari.

Le garanzie previste dalle Polizze-convenzione costituiscono un unico Pacchetto Assicurativo, e sono offerte solo congiuntamente.

I Clienti della Contraente potranno aderirvi sottoscrivendo apposita dichiarazione riguardante anche le proprie condizioni di salute e di impiego, riportata nel modulo di richiesta del finanziamento predisposto dalla Consel S.p.A.

La decorrenza della copertura assicurativa è disciplinata dall'Art. 3.1 delle Condizioni di Assicurazione.

Si richiama l'attenzione della Contraente sulla necessità che gli Assicurandi siano invitati a leggere attentamente la dichiarazione di assicurabilità riportata nel modulo di richiesta del finanziamento, la cui sottoscrizione è presupposto essenziale per l'adesione alla copertura assicurativa e che deve corrispondere a verità ed esattezza. Si invita l'Aderente a leggere con particolare attenzione le clausole concernenti le esclusioni (art. 6 delle Condizioni di Assicurazione), la durata delle coperture nonché la durata di uno o più periodi di carenza contrattuale previsti.

4. Premi

A fronte delle garanzie previste dal contratto, la Contraente deve corrispondere un premio unico anticipato per ogni Assicurato.

L'ammontare del premio è calcolato in funzione dell'entità del capitale, della durata della copertura e della tipologia del finanziamento. Tale premio viene conteggiato dalla Contraente nel totale dell'importo finanziato, e viene quindi pagato ratealmente unitamente alle rate di rimborso del finanziamento.

La Contraente versa alla Società il premio cumulativo relativo a tutte le operazioni di finanziamento assistite da copertura assicurativa sottoscritte nel mese precedente, esclusivamente mediante bonifico bancario effettuato direttamente su un conto corrente della Alleanza Toro S.p.A.

C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE

5. Regime fiscale (*)

Il premio versato a copertura del rischio di decesso o invalidità totale e permanente non è soggetto ad imposta sulle assicurazioni.

Il premio versato a copertura dei rischi di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro, Malattia Grave e Perdita di Impiego è soggetto ad imposta del 2,5%. Il premio versato a copertura del rischio di Uso Fraudolento è soggetto ad imposta del 22,25%.

(*) Modalità e misure in vigore alla data di redazione della presente Nota

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

6. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si intende concluso nel momento in cui la Società consegna alla Contraente la polizza o, in alternativa, gli invia per iscritto la comunicazione di accettazione della proposta.

Le coperture assicurative entrano in vigore secondo quanto disciplinato dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, e si intendono sospese qualora il premio pattuito non venga pagato nei termini ivi previsti.

7. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede valori di riscatto o riduzione, né la concessione di prestiti nel corso della durata.

8. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni

La Società esegue i pagamenti delle somme dovute, per qualsiasi causa, previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo.

L'elenco della documentazione che deve essere consegnata è riportato all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

Il pagamento viene effettuato entro 30 giorni dalla consegna della completa documentazione richiesta.

Si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (Art. 2952 del Codice Civile).

9. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

10. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e tutte le comunicazioni ad esso relative vengono redatti in lingua italiana.

11. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Alleanza Toro S.p.A., Reclami Toro, via Mazzini 53, 10123 Torino; telefax: 011.0029.893; e-mail: reclami.toro@alleanza-toro.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 all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma; telefono 06.42.133.1, correlando 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.

12. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a comunicare tempestivamente alla Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

13. Comunicazioni della Contraente alla Società

Al presente contratto non si applica il disposto dell'art. 1926 del Codice Civile in caso di modifica di professione dell'Assicurato: nessuna comunicazione in merito deve quindi essere resa alla Società.

Alleanza Toro S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

GLOSSARIO

Assicurato: la persona fisica, che può coincidere con l'Aderente, per la quale è prestata l'assicurazione.

Assicuratore: Alleanza Toro S.p.A. – Via Mazzini, 53 – 10123 Torino.

Attività sportiva professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: Il soggetto che ha diritto alla prestazione

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

Contraente: Consel S.p.A., che stipula la Polizza per conto dei propri clienti che sottoscrivono prestiti personali concessi dalla stessa Contraente.

Data di Decorrenza: data in cui le garanzie assicurative previste dalle polizze hanno effetto.

Data di Cessazione delle Garanzie: data in cui le garanzie assicurative previste dalle polizze non hanno più effetto.

Decesso: la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa.

Franchigia: Periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Indennità.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: la perdita temporanea e in misura totale, a seguito di infortunio o malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle condizioni di assicurazione.

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

Invalidità Totale e Permanente: La perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

Istituto di Cura: L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al rico-

vero dei malati. Non si considerano Istituto di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità esclusivamente dietologiche ed estetiche.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) non percepisca un reddito da lavoro dipendente (come determinato nelle definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione. Sono altresì considerati autonomi i lavoratori dipendenti che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto e di contratti di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali) sia alle dipendenze di Aziende o Enti di diritto privato sia alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione.

Lavoratore Dipendente Privato: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore con contratto di lavoro e con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Lavoratore Dipendente Pubblico: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D. lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattie Gravi: Le seguenti malattie: ictus, cancro, attacco cardiaco, patologia coronarica che richiede intervento chirurgico, insufficienza renale, trapianto di organi principali (cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo).

Massimale: somma fino alla cui concorrenza, per ciascun Sinistro, l'Assicuratore presta le garanzie.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati non lavoratori, i pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Pacchetto Assicurativo: l'insieme delle garanzie assicurative prestate dalle Polizze-convenzione n. G632 e T94/59/837349.

Parti: Aderente, Assicuratore, Contraente.

Perdita d'Impiego: la perdita del lavoro a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

Polizze: le Polizze-convenzione n. G632 e T94/59/837349, stipulate fra Contraente ed Assicuratore.

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

Richiedente/Aderente: la persona fisica o giuridica che in relazione a un contratto di finanziamento tipo finalizzato erogato dalla Contraente ha aderito alle Polizze.

Sinistro: Evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato le seguenti garanzie valide in tutti i paesi del mondo:

- Copertura per decesso per tutti gli Assicurati;
- Copertura per Invalidità Totale e Permanente, per tutti gli Assicurati;
- Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici o lavoratori anticipi/non atipici non eleggibili alla garanzia Perdita d'Impiego
- Copertura per Perdita d'Impiego, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati;
- Copertura per Malattia Grave, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori;
- Copertura per Uso Fraudolento, per tutti gli Assicurati.

Le garanzie del Pacchetto Assicurativo sopra elencate sono offerte solo congiuntamente. I clienti della Contraente potranno aderire mediante un unico atto di adesione.

Art. 2 Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

È assicurabile la persona fisica, Titolare della Carta di credito, di età, al momento dell'adesione, non superiore ai 70 anni. Si aderisce al Pacchetto Assicurativo sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.

Art. 3 Decorrenza e cessazione delle garanzie**3.1 Decorrenza delle garanzie**

Per ciascun Assicurato le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di attivazione della carta o del giorno di adesione alla copertura assicurativa, se successiva, nel caso di proposta effettuata da Consel in un momento successivo alla richiesta della Carta.

In tutti i casi l'Assicurato può aderire alla Copertura Assicurativa anche telefonicamente. La Copertura Assicurativa decorre dal giorno di adesione telefonica.

L'Aderente può recedere dalle Polizze entro 30 giorni dalla data di adesione al contratto assicurativo, dandone comunicazione alla Contraente a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da indirizzare a Consel, Via Bellini n. 2 - Torino. Con l'esercizio della facoltà di recesso si realizza la cessazione della copertura assicurativa dalle ore 24,00 del giorno di spedizione della raccomandata. La Contraente dovrà restituire all'assicurato quanto da questi percepito come quota di premio ad esso corrispondente.

3.2 Cessazione delle garanzie

La copertura assicurativa ha termine:

- al momento in cui l'Assicurato perde la Titolarità della Carta;
- alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato è stato dichiarato decaduto dal beneficio del termine;
- alle ore 24 dell'ultimo giorno del mese nel quale è cessata la Polizza sottoscritta tra l'Assicuratore e il Contraente;
- alla fine del mese di compimento del 70° anno di età;
- in caso di sinistro liquidato a seguito di Decesso, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave di cui all'Art. 5 - "Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 4 Diritto di recesso

L'Aderente può recedere dalle Polizze entro 30 giorni dalla data di primo addebito di Premio, dandone comunicazione alla Contraente a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il recesso dal contratto determina la cessazione della copertura assicurativa dalle ore 24.00 del giorno di comunicazione o spedizione della raccomandata e la restituzione al cliente, per il tramite della Contraente, del premio versato al netto delle imposte.

Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative**5.1 Copertura assicurativa per Decesso**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa. L'Assicuratore liquida, nei limiti dei massimali previsti, una somma pari al debito residuo del conto carta risultante al momento del decesso, esclusi eventuali importi di rate insolute.

5.2 Copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale e Permanente

Il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente, a seguito di infortunio o malattia, di grado non inferiore al 66%.

Il grado di invalidità permanente totale viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 e successive modifiche ed integrazioni.

L'Assicuratore, dopo aver medicalmente constatato lo stato ed il grado di Invalidità Totale e Permanente, liquida una somma pari al debito residuo del conto carta risultante alla fine del mese precedente la data del sinistro, al netto di eventuali altri indennizzi già corrisposti per lo stesso sinistro in virtù delle altre garanzie di polizza, esclusi eventuali importi di rate insolute.

Come data di sinistro si intende, in caso di infortunio, la data di accadimento e in caso di malattia la data di presentazione della domanda alla ASL o, in mancanza, la data indicata sulla certificazione del medico legale.

5.3 Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro

La garanzia si applica agli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici.

Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro a seguito di Infortunio o Malattia.

La copertura assicurativa è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni consecutivi. In caso di ricovero in Istituto di Cura di durata pari o superiore a 15 giorni, la franchigia si intende ridotta a 15 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico) o di ricovero ospedaliero.

L'Assicuratore, dopo il periodo di franchigia sopra indicato, corrisponde:

- in caso di utilizzo della carta con modalità Revolving, un'indennità pari alle rate mensili, originanti dall'uso revolving, che hanno scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa.
- in caso di utilizzo della carta a Saldo, una somma mensile pari al 10% del debito residuo esistente al momento del sinistro per ogni chiusura di estratto conto in scadenza durante il restante periodo di inabilità.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 60 giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima malattia o del medesimo infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di franchigia. Qualora il nuovo sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato il periodo di franchigia.

5.4 Copertura assicurativa in caso di Malattia Grave

La garanzia si applica agli Assicurati che, al momento del sinistro, siano Non

Lavoratori.

Il rischio coperto è l'insorgere di una Malattia Grave quando presenti le seguenti caratteristiche:

- ICTUS. Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca sequele neurologiche di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. Deve esservi prova di deficit neurologico permanente.

- CANCRO. Tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Questo comprende la leucemia (di tipo diverso dalla leucemia linfocitica cronica), ma esclude il cancro non invasivo in situ, i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno.

- ATTACCO CARDIACO. Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un apporto insufficiente di sangue nella regione interessata. La diagnosi deve basarsi su tutti e tre i seguenti fattori:

- anamnesi di precordialgia tipica
- nuove alterazioni elettrocardiografiche
- aumento degli enzimi cardiaci

- PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO. Intervento chirurgico per correggere il restringimento (stenosi) o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser.

- INSUFFICIENZA RENALE. Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa o cause, con l'assicurato sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi regolare o già sottoposto a trapianto renale.

- TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI. L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.

La garanzia è soggetta ad un periodo di carenza pari a 90 giorni.

L'Assicuratore liquida una somma pari al debito residuo del conto carta risultante alla data di sinistro, esclusi eventuali importi di rate insolute.

Come data di sinistro si intende la data di prima diagnosi.

5.5 Copertura assicurativa in caso di Perdita d'Impiego

La garanzia si applica agli Assicurati, che al momento del sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e che risultino assunti da almeno sei mesi sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore.

Il rischio assicurato è la perdita d'impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

La garanzia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).

La garanzia è soggetta ad un periodo di carenza pari a 90 giorni.

L'Assicuratore, dopo il periodo di franchigia sopra indicato, corrisponde:

- in caso di utilizzo della carta con modalità Revolving, un'indennità pari alle rate mensili di rimborso in scadenza durante il restante periodo di disoccupazione;
- in caso di utilizzo della carta a Saldo, una somma mensile pari al 10% del debito residuo esistente al momento del sinistro per ogni chiusura di estratto conto in scadenza durante il restante periodo di disoccupazione.

Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che siano rispettate le condizioni di cui al primo comma del presente articolo.

5.6 Copertura assicurativa in caso di Uso Fraudolento

Il rischio assicurato è l'uso fraudolento da parte di un terzo della carta di credito in conseguenza di furto, rapina, scippo, smarrimento della stessa.

L'Assicuratore garantisce il rimborso delle transazioni effettuate in modo fraudolento da un terzo a seguito di furto, scippo, rapina, o smarrimento della carta, avvenute nelle 120 ore precedenti il momento di denuncia effettuata alla Contraente (blocco carta).

Art. 6 Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- a) dolo dell'Assicurato, dell'Aderente, ovvero del Beneficiario;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
- c) azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- d) infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- f) infortuni già verificatisi e malattie note o diagnosticate alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze;
- g) infortuni o malattie conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- h) infortuni o malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- i) infortuni o malattie che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- j) HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate;
- k) interruzioni di lavoro dovute a gravidanza, per la garanzia Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro.

La copertura relativa al rischio di Perdita d'Impiego è inoltre esclusa nei seguenti casi:

- licenziamenti dovuti a "giusta causa";
- dimissioni;
- licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;
- licenziamenti tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- cessazioni, alla loro scadenza di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) e contratti di lavoro intermittente;
- contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano
- licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a pensione di vecchiaia";
- le risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- la messa in Mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di Mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria.

La copertura relativa all'Uso Fraudolento è esclusa nei seguenti casi:

- spese effettuate in modo fraudolento avvenute oltre 120 ore prima dal momento della denuncia di furto, scippo, rapina o smarrimento della Carta comunicata alla Contraente (blocco carta);
- spese effettuate in modo fraudolento dopo la denuncia di furto, scippo, rapina o smarrimento della Carta comunicata alla Contraente;
- uso fraudolento derivante da intenzionalità o complicità del Titolare Assicurato;
- uso fraudolento del Titolare Assicurato, del coniuge o dei suoi familiari;
- utilizzi fraudolenti avvenuti in periodi di stato di guerra, rivoluzione, insurrezione, atti di terrorismo sempre che tali utilizzi siano conseguenza di detti eventi;
- tutte le transazioni effettuate con utilizzo del "codice segreto" (PIN) o altri eventuali sistemi di identificazione sicura del Titolare effettuata attraverso codici di sicurezza e/o certificati digitali.

Art. 7 Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario è

- per la garanzia Decesso, gli aventi diritto dell'Aderente;
- per la garanzia Invalidità Totale e Permanente: l'Aderente o gli aventi diritto;
- per le garanzie Inabilità Totale e Temporanea, Malattia Grave, Perdita d'Impiego e Uso Fraudolento, la Contraente, che accetta, ai fini di estinguere o ridurre il debito dell'Aderente e fino a concorrenza delle somme ad essa dovute dall'Aderente e, per l'eccedenza, l'Aderente stesso o gli aventi diritto ai quali la Contraente provvederà a versare tale eccedenza.

Art. 8 Premi dell'assicurazione

L'ammontare del premio periodico mensile si determina:

- per l'utilizzo Revolving o Saldo, applicando il tasso dello 0,46% al saldo del Conto Carta (saldo mensile calcolato come somma del debito residuo del mese precedente, delle transazioni addebitate nel mese a cui il pagamento del premio si riferisce, delle spese, delle commissioni e degli eventuali interessi).

I tassi di premio sopra indicati sono al lordo delle imposte di assicurazione attualmente stabilite nella misura del 2,5% per le garanzie Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro, Malattia Grave e Perdita d'Impiego, e nella misura del 22,25% per la garanzia Uso Fraudolento.

Il tasso di premio lordo mensile per la garanzia Uso Fraudolento è a carico della Contraente.

L'ammontare del premio mensile, comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione, è addebitato mensilmente unitamente alla rata di rimborso della carta; tale importo è indicato nell'estratto conto mensile della Carta.

Art. 9 Massimali e limitazioni

Per ciascun Assicurato, la prestazione massima garantita dall'Assicuratore è:

- per le garanzie Decesso, Invalidità Totale e Permanente e Malattia Grave: euro 5.000.
 - per la garanzia Inabilità Temporanea e Totale al lavoro:
 - 1) in caso di utilizzo con modalità Revolving: euro 100 per ogni rata con un massimo di 12 rate mensili per sinistro e 36 rate mensili per l'intera durata della copertura.
 - 2) in caso di utilizzo con modalità a Saldo: somma mensile pari al 10% del debito residuo esistente al momento del sinistro con un massimo di 10 indennità mensili per sinistro e 36 indennità mensili per l'intera durata della copertura.
 - per la garanzia Perdita d'Impiego:
 - 1) in caso di utilizzo con modalità Revolving: euro 100 per ogni rata con un massimo di 6 rate mensili per sinistro e 18 rate mensili per l'intera durata della copertura.
 - 2) in caso di utilizzo con modalità a Saldo: somma mensile pari al 10% del debito residuo esistente al momento del sinistro con un massimo di 6 indennità mensili per sinistro e 18 indennità mensili per l'intera durata della copertura.
- Per tutti gli utilizzi, in caso di Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, Perdita d'Impiego, Malattia Grave non sono coperte le somme corrispondenti a utilizzi della carta effettuati successivamente alla data del sinistro.
- per la garanzia Uso Fraudolento: euro 1.500 per anno e per Carta assicurata.

Art. 10 Denuncia e gestione dei sinistri

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Consel S.p.A. che provvederà ad inoltrare le denunce a Alleanza Toro. L'Assicurato o gli aventi diritto potranno utilizzare gli appositi moduli di denuncia sinistro forniti dietro richiesta telefonica al numero verde 800.65.33.65.

In particolare in caso di Uso Fraudolento della Carta, pena scadenza, è necessario effettuare immediata denuncia a Consel S.p.A. ed effettuare la denuncia a Polizia/Carabinieri.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione, richiesta da quest'ultimo, necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. In ogni caso, l'Assicuratore si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

Decesso: certificato di morte; certificato medico che precisi le esatte cause della morte e, in caso di decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica; in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute; copia del reperto autoptico, se è stata effettuata l'autopsia; copia autenticata del testamento o dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire di tutti gli eredi.

Invalidità Totale e Permanente: certificazione di invalidità totale e permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale, nonché copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: dichiarazione del medico curante e, in caso di ricovero ospedaliero, certificato di ricovero e o copia della cartella clinica.

Malattia grave: dichiarazione del medico curante assistita da relativa documentazione sanitaria di supporto.

Perdita d'Impiego: documentazione atta ad attestare il licenziamento per giustificato motivo oggettivo e il permanere dello stato di disoccupazione.

Uso Fraudolento: Nel momento in cui ha constatato il furto, lo scippo, la rapina o lo smarrimento della Carta Consel, l'Assicurato dovrà:

denunciare tempestivamente il fatto alla Contraente affinché si provveda a predisporre il blocco della Carta; denunciare il fatto, entro 48 ore dalla constatazione, alle autorità competenti.

L'Assicurato dovrà inoltre fornire alla Contraente: copia della denuncia di furto, scippo, rapina o smarrimento della Carta sporta alle autorità competenti; lettera di contestazione delle spese fraudolentemente effettuate con la propria Carta Consel. La Contraente, raccolta la documentazione sopra indicata, provvederà a trasmetterla all'Assicuratore unitamente alla comunicazione di conferma di blocco carta effettuata su segnalazione dell'Assicurato. La Contraente si riserva la facoltà di richiedere ogni ulteriore documentazione che all'Assicuratore dovesse essere necessaria ai fini della valutazione di liquidabilità del sinistro (es.: copia dell'estratto conto, copia di una memoria di spesa relativa ad una transazione d'acquisto effettuata da parte dell'Assicurato, regolarmente da lui firmata, ed antecedente alla denuncia di sinistro, ecc).

L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Assicuratore, il costo delle quali sarà a totale carico dell'Assicuratore medesimo.

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta

Art. 11 Liquidazione dei sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa al sinistro ed entro 15 giorni da tale ricezione.

Art. 12 Legge applicabile

La Legge applicabile alla Polizza è quella Italiana.

Art. 13 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato all'Assicuratore dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

Art. 14 Cessione dei diritti

L'Aderente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

Art. 15 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o dell'Aderente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 16 Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione della presente Polizza, sorta tra l'Assicuratore e la Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Aderente e/o avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente e/o avente diritto.