

**PROTEZIONE OGGI BancoBpm
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA
A CAPITALE COSTANTE
ED A PREMIO ANNUO COSTANTE
TARIFFE CP79-CP80-CP81**

**Per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio -
Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa per la Copertura Caso Morte;
- Nota Informativa per le Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia ;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informazioni sul Trattamento dei Dati Personali;
- Modulo di Adesione.

**DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ASSICURATO
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI ADESIONE**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE
LA NOTA INFORMATIVA**

**Avipop Vita S.p.A.
Avipop Assicurazioni S.p.A.**

Gruppo Aviva

1. NOTA INFORMATIVA

PROTEZIONE OGGI BancoBpm

Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante – Polizza Collettiva nr. 59368

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

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

Avipop Vita S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano – Italia.

Numero di telefono: 02/27751 – sito internet: www.aviva.it.

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzione_vita@aviva.com
- per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni_vita@aviva.com

Avipop Vita S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS nr. 2709 del 12/6/2009. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Avipop Vita S.p.A. è pari a Euro 54.566.498,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 47.500.000,00 (i.v.) e le Riserve Patrimoniali a Euro 7.066.498,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione vita è pari a 116,20%.

L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con Avipop Vita S.p.A., per i propri Clienti.

La presente Copertura caso morte è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alle Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia prestate da Avipop Assicurazioni S.p.A..

L'insieme delle Coperture costituisce il Pacchetto Assicurativo: al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurato può scegliere tra 3 Pacchetti Assicurativi diversi.

La prestazione in caso di decesso indicata di seguito è operante per tutta la Durata della Copertura Assicurativa intendendosi per tale l'arco di tempo che intercorre tra la Data di decorrenza e la Data di scadenza della stessa.

La durata della Copertura Assicurativa è espressa in mesi interi ed è pari a 60 mesi. La durata pagamento premi coincide con la durata contrattuale.

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente la Banca;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente che abbiano deciso di sottoscrivere la presente Copertura Assicurativa;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione assicurata pari all'importo del capitale assicurato.

Il Contratto di Assicurazione prevede, nella presente Nota Informativa, la seguente prestazione assicurativa:

- **prestazione in caso di Decesso (valida per tutti gli Assicurati)**

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, l'Impresa di Assicurazione liquida ai Beneficiari l'importo del capitale assicurato.

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato dovrà scegliere un Pacchetto Assicurativo; ad ogni Pacchetto corrispondono diverse Tariffe e diversi importi di Capitale assicurato come riportato nella tabella che segue:

Pacchetto Assicurativo	Tariffa	Capitale Assicurato
Pacchetto A	CP79	Euro 20.000,00
Pacchetto B	CP80	Euro 30.000,00
Pacchetto C	CP81	Euro 40.000,00

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 26 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 28 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che, alla data di scadenza, abbiano un'età inferiore o uguale a 70 anni.**

Nel caso in cui il pagamento dei premi venga sospeso, non è prevista alcuna prestazione da parte dell'Impresa. Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 11 "SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente Copertura prevede un periodo di Carenza di 180 giorni dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa. Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 27 "CLAUSOLA DI CARENZA" delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di adesione relative alle dichiarazioni dell'Assicurato ai fini dell'efficacia della Copertura Assicurativa.

4. PREMI

Il Contratto viene prestato dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio annuo costante per tutta la durata contrattuale.

L'importo del premio annuo varia in base al Pacchetto scelto dall'Assicurato nel Modulo di Adesione come da tabella sotto riportata:

Pacchetto Assicurativo	Tariffa	Importo del Premio Annuo
Pacchetto A	CP79	Euro 237,80
Pacchetto B	CP80	Euro 356,70
Pacchetto C	CP81	Euro 475,60

I premi annui costanti possono essere corrisposti annualmente o con frazionamento mensile. In caso di frazionamento mensile, gli interessi di frazionamento da corrispondere sono pari al 2% del premio annuo.

Anche se frazionato in più rate, il premio della prima annualità deve essere corrisposto interamente; in caso contrario il Contratto si risolve e le rate di premio pagate restano acquisite dall'Impresa.

Il primo premio annuo costante – o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile - viene versato dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Le successive annualità di premio vengono addebitate ad ogni ricorrenza annua – o mensile in caso di frazionamento del premio - della data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

Il versamento dei premi avviene tramite trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza apposito mandato all'incasso.

Ai fini di non ostacolare la prosecuzione del rapporto, in caso di estinzione del conto corrente bancario dell'Assicurato, l'Impresa di Assicurazione provvederà ad indicare allo stesso possibili diverse modalità di pagamento del premio.

Ai fini dell'attestazione del pagamento dei premi fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

Non è ammesso in nessun caso il pagamento del premio annuo costante in contanti.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. COSTI

5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO

5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

SPESE DI EMISSIONE: l'emissione della presente Copertura Assicurativa non è gravata da alcuna spesa di emissione.

COSTO PERCENTUALE: il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione della Copertura Assicurativa, già incluso nel Tasso di Premio, è pari alla seguente percentuale:

Costo %
63%

Il costo è calcolato sull'importo del Premio annuo costante.

I costi per eventuali accertamenti sanitari sono a carico dell'Assicurato cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte del costo sopra riportato percepita dall'Intermediario:

Quota-parte del costo retrocessa all'Intermediario
79,40%

6. SCONTI

Non sono previsti sconti.

7. REGIME FISCALE - LEGALE

7.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

7.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'Impresa di Assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.

Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del Premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:

- eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;
- eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

7.3 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 Decesso dell'Assicurato non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986.

7.4 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 dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e sono esenti da imposte di successione.

7.5 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 DI ASSICURAZIONE

8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8.1 DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La Copertura Assicurativa decorre quando l'Assicurato ha versato il primo premio annuo - o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile - ed ha sottoscritto il Modulo di Adesione.

L'Impresa di Assicurazione invia all'Assicurato una **Lettera Contrattuale di Conferma**, nella quale viene indicata la data di decorrenza della Copertura Assicurativa quale conferma dell'accettazione dello stesso da parte dell'Impresa.

Per maggiori dettagli relativi alla data di decorrenza si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE" delle Condizioni di Assicurazione.

8.2 AMBITO DI APPLICAZIONE

E' assicurabile ciascuna persona fisica, che abbia un'età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che, alla data di scadenza del Contratto, risulti di età inferiore o uguale a 70 anni.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE, SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

La Copertura Assicurativa cessa al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata del Contratto;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato nell'ambito dell'abbinata Copertura di Invalidità Totale Permanente prestata dall'Impresa di Assicurazione Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- alla data di scadenza della Copertura Assicurativa;
- esercizio della facoltà di disdetta dalle Coperture Assicurative Danni;
- esercizio del diritto di recesso;
- a seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, nel caso in cui il Contratto non venga riattivato nei termini previsti.

SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO

Nel caso in cui, nel corso della Durata del Contratto, l'Assicurato non corrisponda il premio dovuto – o una rata dello stesso – nei 30 giorni successivi alla scadenza dello stesso, il Contratto viene sospeso dall'Impresa, fermo restando l'obbligo da parte dell'Assicurato di versare per intero la prima annualità di premio.

La Garanzia prevista dal Contratto non è valida durante la Sospensione e, in caso di decesso dell'Assicurato mentre il Contratto è sospeso, non è prevista alcuna prestazione da parte dell'Impresa di Assicurazione.

L'Assicurato può riattivare il Contratto sospeso entro 12 mesi dalla scadenza del primo premio, o rata di premio, insoluto.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 11 "SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI" delle Condizioni di Assicurazione.

10. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI

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

11. DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dalla Copertura Assicurativa entro 30 giorni dalla Data di decorrenza recandosi presso la filiale della Contraente e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione una comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Avipop Vita S.p.A.
Via A. Scarsellini 14
20161 Milano.

Il Premio pagato per la Copertura Assicurativa verrà rimborsato all'Assicurato dall'Impresa di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

12. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI PRESCRIZIONE

12.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

L'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto – verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento – entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione indicata allo specifico Art. 29 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" delle Condizioni di Assicurazione.

Per una più veloce gestione della liquidazione è opportuno fornire un numero di telefono o un indirizzo e-mail di contatto. Per ulteriori informazioni in merito alla documentazione da produrre è possibile contattare il numero verde 800.113085.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato affinché sia sua cura portare i beneficiari a conoscenza della designazione, richiamando la loro attenzione in merito alla documentazione da produrre richiesta dall'Impresa di Assicurazione.

12.2 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine, non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. Le Imprese di Assicurazione, in base alla Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05) al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Contratto, ogni documento ad esso allegato nonché tutte le comunicazioni in corso di Contratto, sono redatti in lingua italiana.

Le Parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

15. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione Avipop Vita S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano *telefax 02 2775 245 indirizzo e mail reclami_vita@aviva.com*.

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 a:

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito dell'Impresa di Assicurazione, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di Assicurazione ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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 previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza

di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto all'Assicurato, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare all'Assicurato stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto stesso.

Per l'aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di Assicurazione, di cui al punto 2. "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA", si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo www.aviva.it.

Inoltre, sempre sul sito www.aviva.it, è disponibile un'Area Clienti che offre la possibilità all'Assicurato di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto.

Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Assicurato riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso.

Tramite l'Area Clienti l'Assicurato può consultare ad esempio le Condizioni Contrattuali, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

17. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Le comunicazioni dell'Assicurato possono essere fatte pervenire, oltre che direttamente all'Impresa di Assicurazione mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata ad Avipop Vita S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano, anche alla Contraente presso cui è appoggiato il Contratto di Assicurazione.

18. CONFLITTO DI INTERESSI

L'Impresa di Assicurazione è dotata di una procedura per l'individuazione e la gestione dei conflitti d'interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti di assicurazione, al fine di garantire che l'operato della stessa e dei propri intermediari non rechi pregiudizio agli interessi dei Contraenti, nel rispetto altresì degli obblighi di trasparenza e correttezza nei rapporti con la clientela.

In particolare la procedura è finalizzata a fare in modo che l'Impresa, a seconda della tipologia dei contratti offerti:

- si astenga dall'effettuare operazioni in cui vi sia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto, anche derivante da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo, attraverso la sua preventiva individuazione;
- valuti l'eventuale inevitabilità del conflitto così individuato;
- effettui operazioni nell'interesse dei Contraenti alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione ed alla natura delle operazioni stesse;
- operi al fine di contenere i costi a carico dei Contraenti ed ottenere per loro il miglior risultato possibile, anche in relazione agli obiettivi assicurativi;
- si astenga dall'effettuare operazioni con frequenza non necessaria per la realizzazione degli obiettivi assicurativi;
- si astenga da ogni comportamento che possa avvantaggiare una gestione separata o un fondo interno a danno di un altro.

Avipop Vita S.p.A., l'Impresa che commercializza il presente Contratto, fa capo al Gruppo inglese Aviva Plc, è controllata al 100% da Avipop Assicurazioni S.p.A.. Avipop Assicurazioni S.p.A. è partecipata al 50,001% da Aviva Italia Holding S.p.A. ed al 49,999% da Holding di partecipazioni finanziarie Banco Popolare S.c.p.a.. Il prodotto viene distribuito dalle Banche del Banco Popolare.

Nell'ambito di tali rapporti ed in applicazione della procedura sopra descritta, è stata pertanto individuata la seguente situazione passibile di conflitto di interesse:

- l'Impresa di Assicurazione e l'Intermediario che distribuisce il prodotto sono legati da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

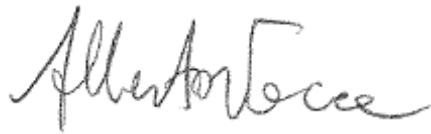
In ogni caso l'Impresa di Assicurazione, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

* * * *

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

Il rappresentante legale

Alberto Vacca



1. NOTA INFORMATIVA

PROTEZIONE OGGI BancoBpm

- **Coperture Danni: - Invalidità Totale Permanente da Infortunio - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Polizze Collettive nr. 3526 – 3527 - 3528.**

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

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

Avipop Assicurazioni S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano – Italia.

Numero di telefono: 02/27751 – sito internet: www.avipop.it.

Indirizzo di posta elettronica:

– per informazioni di carattere generale: avipop_assicurazioni_spa@legalmail.it

– per informazioni relative alle liquidazioni: sinistri_bancassurance@aviva.com

Avipop Assicurazioni S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento IVASS n. 2388 del 9/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00191. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Avipop Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 65.202.492,00 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 1.702.492,00 di Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 141,61%.

L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo e le Coperture Assicurative cessano nei casi previsti all'Art. 7 “DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA” delle Condizioni di Assicurazione.

Le prestazioni, indicate di seguito sono operanti per tutta la Durata delle Coperture Assicurative intendendosi per tale l'arco di tempo che intercorre tra la Data di decorrenza e la Data di scadenza delle Coperture Assicurative.

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi ed è pari a 60 mesi.

Trascorsa la prima annualità, è data facoltà all'Assicurato di inoltrare disdetta alle coperture assicurative danni, mediante lettera raccomandata, da inviarsi almeno 30 giorni prima della scadenza della rata successiva; **è data altresì facoltà all'Assicurato di procedere alla disdetta del contratto recandosi presso la Contraente fino a 5 giorni prima della scadenza della rata successiva.**

Per maggiori dettagli si rinvia all'art. 7 “DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA” delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Nel caso in cui il pagamento dei premi venga sospeso, non è prevista alcuna prestazione da parte dell'Impresa. Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 11 "SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI" delle Condizioni di Assicurazione.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con Avipop Assicurazioni S.p.A.

Le presenti Coperture sono sottoscrivibili esclusivamente in abbinamento alla Copertura Caso Morte prestata da Avipop Vita S.p.A.

L'insieme delle Coperture costituisce il Pacchetto Assicurativo: al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurato può scegliere tra 3 Pacchetti Assicurativi diversi.

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente la Banca;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente che abbiano deciso di sottoscrivere la presente Copertura Assicurativa;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione assicurata pari all'importo del capitale assicurato.

Il Contratto di Assicurazione, nella presente Nota Informativa, prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio;
- prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia.

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato dovrà scegliere un Pacchetto Assicurativo; ad ogni Pacchetto corrispondono diverse Tariffe e diversi importi di Capitale assicurato come riportato nella tabella che segue:

Pacchetto Assicurativo	Tariffa	Capitale Assicurato per Invalidità Totale e Permanente da Infortunio	Indennità mensile per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia
Pacchetto A	CP79D	Euro 20.000,00	Euro 400,00
Pacchetto B	CP80D	Euro 30.000,00	Euro 500,00
Pacchetto C	CP81D	Euro 40.000,00	Euro 600,00

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio dell'Assicurato che comporti un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, l'Impresa di Assicurazione liquida all'Assicurato un indennizzo pari al Capitale assicurato previsto nel Pacchetto Assicurativo prescelto.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 30 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente garanzia viene prestata:

- solo in caso di Invalidità Totale e Permanente pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica;
- senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 32 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;

- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle Coperture Assicurative abbiano un'età inferiore o uguale a 70 anni.**

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di massimali e franchigie:

Pacchetto Assicurativo prescelto C - Capitale Assicurato per la garanzia: Euro 40.000,00.

- Postumi da Invalidità Permanente da Infortunio valutati 60% => Liquidazione di Euro 40.000,00 per raggiungimento franchigia.
- Postumi da Invalidità Permanente da Infortunio valutati 50% => Nessuna liquidazione per invalidità inferiore a franchigia.
- Postumi da Invalidità Permanente da Malattia valutati 60% => Nessuna liquidazione in quanto l'Invalidità Permanente è coperta solo se conseguente a Infortunio.

PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La Copertura Assicurativa garantisce, la liquidazione all'Assicurato di una Indennità mensile, per ogni mese di durata di Inabilità Temporanea Totale, pari all'ammontare previsto nel Pacchetto Assicurativo prescelto, **per un massimo di 12 mesi per Sinistro e 24 mesi per tutta la durata contrattuale.**

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 34 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea e Totale è sottoposta:

- **ad un Periodo di Carenza di 30 giorni;**
- **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.**

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 35 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle coperture assicurative abbiano un'età inferiore o uguale a 70 anni.**

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di massimali, scoperti e franchigie:

Pacchetto Assicurativo prescelto: C	Indennità mensile per Inabilità Temporanea Totale: Euro 600,00	Franchigia assoluta = 60 giorni
Inabilità temporanea totale	Durata della Inabilità = 70 giorni.	Superato il periodo di franchigia, si paga l'indennità mensile per ogni mese di durata di inabilità temporanea totale. Ad esempio: Durata Inabilità temporanea = 70 gg; Dedotti 60gg di franchigia, giorni residui 10gg. Nessuna liquidazione in quanto non si è raggiunto il periodo di inabilità temporanea totale di 1 mese intero, superato il termine della franchigia.

Inabilità temporanea totale	Durata Inabilità = 100 giorni	100gg meno 60 gg di franchigia= 40gg di inabilità temporanea totale Liquidazione: 1 indennità mensile pari a €600,00 (ammontare previsto dal pacchetto assicurativo C)
Inabilità temporanea totale	Durata della inabilità = 30 giorni	Nessun indennizzo in quanto inferiore ai 60gg di franchigia
Inabilità Temporanea Totale	Effetto dell'inabilità = 20 giorni dopo la decorrenza della copertura assicurativa – conseguente a Malattia Durata dell'inabilità = 90 giorni	Nessun indennizzo in quanto il primo giorno di ITT conseguente a malattia è all'interno dei primi 30gg dalla data di effetto della copertura (periodo di carenza). In questo caso la durata dell'inabilità è ininfluente.

4. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – NULLITA'

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile come previsto all'Art. 5 "DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Prima di sottoscrivere il Modulo di Adesione, comprensivo del Questionario Medico, e l'eventuale Rapporto di Visita Medica, l'Assicurato dovrà verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni rese in essi contenute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione, nonché determinare la cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

5. PREMI

Il Contratto viene prestatato dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio annuo costante per tutta la durata contrattuale.

L'importo del premio annuo, al lordo delle imposte, varia in base al Pacchetto scelto dall'Assicurato nel Modulo di Adesione come da tabella sotto riportata:

Pacchetto Assicurativo	Tariffa	Importo del Premio Annuo lordo
Pacchetto A	CP79	Euro 85,20
Pacchetto B	CP80	Euro 120,30
Pacchetto C	CP81	Euro 154,40

I premi annui costanti possono essere corrisposti annualmente o con frazionamento mensile.

E' ammesso il frazionamento del premio annuo in rate mensili; gli interessi di frazionamento da corrispondere sono pari al 2% del premio annuo.

Il primo premio annuo costante – o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile - viene versato dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Le successive annualità di premio vengono addebitate ad ogni ricorrenza annua – o mensile in caso di frazionamento del premio - dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

Il versamento dei premi avviene tramite trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza apposito mandato all'incasso.

Ai fini di non ostacolare la prosecuzione del rapporto, in caso di estinzione del conto corrente bancario dell'Assicurato, l'Impresa di Assicurazione provvederà ad indicare allo stesso possibili diverse modalità di pagamento del premio.

Ai fini dell'attestazione del pagamento dei premi fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

Non è ammesso in nessun caso il pagamento del premio annuo costante in contanti.

6. RIVALSE

L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essi effettuati in forza delle Coperture Assicurative del presente Contratto di Assicurazione descritte nella presente Nota Informativa come riportato all'Art. 14 "RINUNCIA ALLA RIVALSA" delle Condizioni di Assicurazione.

7. DIRITTO DI RECESSO

7.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dalla Copertura Assicurativa entro 30 giorni dalla Data di decorrenza recandosi presso la filiale della Contraente e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione una comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Avipop Assicurazioni S.p.A.
Via A. Scarsellini 14
20161 Milano.

Il Premio pagato, al netto delle imposte, per le Coperture Assicurative verrà rimborsato all'Assicurato dall'Impresa di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 8 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

8. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05), al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

10. REGIME FISCALE

10.1 IMPOSTE SUI PREMI

I premi di Assicurazione per le Coperture Danni sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

10.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.

Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:

- eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;
- eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI

L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il Sinistro per il quale è prestata la Copertura Assicurativa.

La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, può essere effettuata presso la Filiale della Contraente compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro.

La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata entro 60 giorni ad Avipop Assicurazioni S.p.A. – Servizio Sinistri – mediante fax al n° 0362 609954/5 oppure via mail all'indirizzo: asa@ttycreo.it o in alternativa, a mezzo servizio postale, all'indirizzo: Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati negli Articoli “DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI” riguardanti ogni garanzia.

Per informazioni relative ai Sinistri, l'Assicurato o gli aventi causa potranno rivolgersi al seguente numero verde:

SERVIZIO CLIENTI
Numero Verde 800 11 53 25
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 33-37 “DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI” riguardanti ogni garanzia.

L'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa di Assicurazione, il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.

12. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione Avipop Assicurazioni S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano telefax 02 2775.245 indirizzo mail: cureclami@aviva.com. 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 a:

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito dell'Impresa di Assicurazione, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di Assicurazione ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

13. ARBITRATO

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti, per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale prestate dal presente Contratto di Assicurazione, hanno la facoltà di rimettersi alla decisione di un Collegio di tre medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

14. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto alla Contraente ed all'Assicurato, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare all'Assicurato stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto di Assicurazione stesso.

Per l'aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di cui al punto 2 "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA" si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo www.avipop.it.

Inoltre, sempre sul sito www.avipop.it, è disponibile un'Area Clienti, che offre la possibilità all'Assicurato di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto.

Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Assicurato riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso.

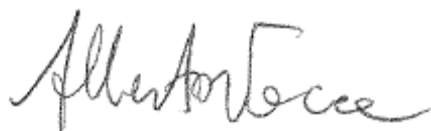
Tramite l'Area Clienti l'Assicurato può consultare ad esempio le Condizioni Contrattuali, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

* * * *

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

Il rappresentante legale

Alberto Vacca



Data ultimo aggiornamento: 1° febbraio 2017

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PROTEZIONE OGGI BancoBpm

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA A CAPITALE COSTANTE ED A PREMIO ANNUO COSTANTE: per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 3526, 3527 e 3528 stipulata tra il Banco BPM S.p.A. e Avipop Assicurazioni S.p.A. e della Polizza Collettiva n. 59368 stipulata tra il Banco BPM S.p.A. ed Avipop Vita S.p.A. sono depositati presso la sede della Contraente e, rispettivamente, presso le sedi di Avipop Assicurazioni SPA e Avipop Vita S.p.A.

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra la Banca e le Imprese di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Morte, prestata da Avipop Vita S.p.A.;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;

Le garanzie sono prestate dalle Imprese di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali; le garanzie Invalidità Totale Permanente ed Inabilità Temporanea Totale devono però essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale italiano.

ART. 2 OBBLIGHI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Imprese di Assicurazione risultano esclusivamente dalle Polizze collettive, dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dal Modulo di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Imprese di Assicurazione stesse.

Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto di Assicurazione valgono le norme di legge applicabili.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

E' assicurabile ciascuna persona fisica:

- di età compresa tra 18 compiuti e 65 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza delle Coperture Assicurative risulti di età inferiore o uguale a 70 anni;
- che abbia sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia compilato un Questionario Medico riportato nello stesso.

Il costo della visita e degli accertamenti medici è a totale carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'importo totale della somma assicurata, considerando altre eventuali coperture assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione, superi i 300.000,00 Euro, sarà necessario che l'Assicurato compili il "Rapporto di Visita Medica" su apposito modulo ed effettui gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dall'Impresa di Assicurazione.

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età all'adesione da 18 anni compiuti a 65 anni compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico
Oltre € 300.000,00 - Fino a € 500.000,00 (**)	Rapporto Visita medica

() ai fini del calcolo della somma assicurata devono essere considerate anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione;*

(**) nel caso in cui, per effetto di cumuli con altre eventuali Coperture Assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione, la somma assicurata ecceda i 500.000,00 Euro è richiesto sempre il Rapporto di Visita medica oltre all'ulteriore documentazione che l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di chiedere.

Le Imprese di Assicurazione:

- relativamente al Questionario Medico, si riservano il diritto, una volta esaminato lo stesso, di richiedere la compilazione del Rapporto di Visita Medica;
- relativamente al Rapporto di Visita Medica, si riservano il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto delle Coperture Assicurative.

Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente ed inviati alle Imprese di Assicurazione.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

Le prestazioni assicurate variano in base al Pacchetto Assicurativo scelto dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Pacchetto Assicurativo	Tariffa	Capitale Assicurato per le Garanzie Caso Morte ed Invalidità Totale e Permanente	Indennità mensile per la Garanzia Inabilità Temporanea Totale*
Pacchetto A	CP79	Euro 20.000,00	Euro 400,00
Pacchetto B	CP80	Euro 30.000,00	Euro 500,00
Pacchetto C	CP81	Euro 40.000,00	Euro 600,00

*In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia l'Impresa di Assicurazione liquiderà al massimo 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione possono comportare:

- la cessazione dell'assicurazione a seguito di annullamento o recesso dalle Coperture Assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione
 - la perdita totale del diritto all'indennizzo
- ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora le Imprese di Assicurazione venissero a conoscenza, successivamente alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti per le quali le Imprese di Assicurazione non avrebbero consentito la stipula delle Coperture Assicurative secondo quanto previsto dall'art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ", le Imprese di Assicurazione, previa comunicazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui sono venute a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni dello stesso, potranno annullare o recedere dalle Coperture Assicurative con effetto dalla data di inizio delle stesse e provvederanno alla restituzione integrale del premio versato all'Assicurato, al netto delle imposte.

Qualora le Imprese di Assicurazione venissero a conoscenza, in fase di accertamento per sinistro, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti all'atto della compilazione del Questionario Medico o dell'eventuale Rapporto di Visita Medica per le quali le Imprese di Assicurazione non avrebbero consentito la stipula del Contratto di Assicurazione, le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Assicurato o ai suoi aventi diritto la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto al netto dei costi.

Le Coperture Assicurative Danni, prestate da Avipop Assicurazioni S.p.A., cesseranno con effetto dal giorno del decesso oppure, in caso di sinistro relativo alle Coperture Danni, dal giorno in cui l'Impresa di Assicurazione ne invierà comunicazione scritta all'Assicurato, da farsi comunque entro tre mesi dal giorno in cui la stessa è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese.

Qualora fossero fornite alle Imprese di Assicurazione, all'atto della adesione alle Coperture Assicurative, informazioni inerenti allo stato di salute, si richiama particolare attenzione degli Assicurati che le stesse devono corrispondere a verità ed esattezza.

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, la Contraente e gli Assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite la Contraente - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alle Imprese di Assicurazione, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

ART. 6 DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato ha versato il primo premio annuo - o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile - ed ha sottoscritto il Modulo di Adesione – con le limitazioni di cui agli Artt. 27 “CLAUSOLA DI CARENZA” – 28-32-35 “ESCLUSIONI” delle Condizioni di Assicurazione –.

Il perfezionamento dell'adesione e la conseguente costituzione del rapporto assicurativo sono subordinati, secondo quanto disposto dall'art. 23 del D. Lgs. 231/2007, all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela da compiersi attraverso il modulo predisposto a tale scopo.

Le Imprese inviano all'Assicurato una **Lettera Contrattuale di Conferma**, nella quale viene indicata la data di decorrenza delle Coperture Assicurative quale conferma dell'accettazione dello stesso da parte dell'Impresa.

ART. 7 DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi ed è pari a 60 mesi. La durata pagamento premi coincide con la durata contrattuale.

In ogni caso il Contratto cessa al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente da Infortunio dell'Assicurato;
- data di scadenza delle Coperture Assicurative;
- esercizio del diritto di recesso;
- esercizio della facoltà di disdetta dalle Coperture Assicurative Danni;
- a seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, nel caso in cui il Contratto non venga riattivato nei termini previsti.

In caso di cessazione delle Coperture Assicurative Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia) a seguito di Decesso dell'Assicurato, il Premio versato dall'Assicurato ad Avipop Assicurazioni S.p.A. rimarrà acquisito da quest'ultima.

Trascorsa la prima annualità, è data facoltà all'Assicurato di inoltrare disdetta dalle Coperture Assicurative Danni, mediante lettera raccomandata, da inviarsi almeno 30 giorni prima della scadenza della rata successiva alla Contraente oppure alle Imprese di Assicurazioni (Via Scarsellini 14 – 20161 Milano); **è data altresì facoltà all'Assicurato di procedere alla disdetta delle Coperture Assicurative Danni recandosi presso la Contraente fino a 5 giorni prima della scadenza della rata successiva sottoscrivendo l'apposito Modulo.**

A seguito della disdetta delle Coperture Assicurative Danni, il Contratto cessa a decorrere dalla data di scadenza della rata immediatamente successiva alla richiesta di disdetta.

I premi già versati resteranno acquisiti dalle Imprese di Assicurazione.

ART. 8 DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dalle Coperture Assicurative entro 30 giorni dalla Data di decorrenza recandosi presso la filiale della Contraente e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione una comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Avipop Vita S.p.A. - Avipop Assicurazioni S.p.A.
Via A. Scarsellini 14
20161 Milano.

Il Premio pagato, al netto delle imposte, per le Coperture Assicurative verrà rimborsato all'Assicurato dalle Imprese di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

ART. 9 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiari della prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato, sono gli eredi testamentari dell'Assicurato o in mancanza gli eredi legittimi dello stesso, salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato sul Modulo di Adesione o in caso di designazioni in contrasto con norme di legge o regolamentari. **Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.**

Nel corso della durata contrattuale l'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione dei Beneficiari, mediante richiesta scritta effettuata presso il soggetto incaricato.

Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purchè la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita.

Equivala a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme relative a tali polizze fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

La designazione beneficiaria non può essere modificata nei seguenti casi:

- dopo che i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto all'Impresa di Assicurazione l'accettazione del beneficio;
- dopo che, verificatosi l'evento, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto all'Impresa di Assicurazione di voler profittare del beneficio.

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Danni Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale è l'Assicurato stesso.

ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO COSTANTE

Il Contratto viene prestato dalle Imprese di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un Premio Annuo costante per tutta la durata contrattuale.

L'importo del Premio Annuo dipende dal Pacchetto scelto dall'Assicurato sul Modulo di Adesione come da tabella sotto riportata:

Pacchetto Assicurativo	Tariffa	Importo del Premio Annuo Copertura Caso Morte	Importo del Premio Annuo lordo Coperture Danni (Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale)	Importo totale del Premio Annuo lordo
Pacchetto A	CP79	Euro 237,80	Euro 85,20	Euro 323,00
Pacchetto B	CP80	Euro 356,70	Euro 120,30	Euro 477,00
Pacchetto C	CP81	Euro 475,60	Euro 154,40	Euro 630,00

L'importo totale del Premio Annuo è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Morte e della componente del premio per le Coperture Danni.

I premi annui costanti possono essere corrisposti annualmente o con frazionamento mensile. In caso di frazionamento mensile, gli interessi di frazionamento da corrispondere sono pari al 2% del premio annuo.

Il primo Premio Annuo costante – o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile - viene versato dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Le successive annualità di premio vengono addebitate ad ogni ricorrenza annua – o mensile in caso di frazionamento del premio - della data di decorrenza delle Coperture Assicurative.

Non è possibile modificare nel corso della durata contrattuale il Pacchetto Assicurativo o il frazionamento del premio prescelti.

Il versamento dei premi avviene tramite trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza apposito mandato all'incasso.

Ai fini di non ostacolare la prosecuzione del rapporto, in caso di estinzione del conto corrente bancario dell'Assicurato, l'Impresa di Assicurazione provvederà ad indicare allo stesso possibili diverse modalità di pagamento del premio.

Non è ammesso in nessun caso il pagamento del Premio Annuo costante in contanti.

ART. 11 SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Nel caso in cui, nel corso della durata del Contratto, l'Assicurato non corrisponda un'annualità di premio – od una rata dello stesso in caso di frazionamento - il Contratto resta sospeso con effetto dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla data di scadenza del premio, o rata di premio, insoluto, fermo restando l'obbligo dell'Assicurato di corrispondere alle Imprese la prima annualità di premio. La sospensione del Contratto non può essere esercitata limitatamente ad una sola delle Coperture Assicurative.

Le garanzie previste dal Contratto non sono operanti durante la sospensione e, in caso di sinistro mentre il Contratto è sospeso, non è prevista alcuna prestazione da parte delle Imprese di Assicurazione.

Il Contraente può riattivare il Contratto sospeso entro 12 mesi dalla scadenza del primo premio, o rata di premio, insoluto nelle modalità di seguito riportate.

La riattivazione è automatica se le Imprese ricevono il versamento del premio/i insoluto/i da parte dell'Assicurato entro sei mesi dalla data di scadenza del primo premio, o rata di premio, insoluto. Trascorso tale termine e precedentemente alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento, la riattivazione può avvenire soltanto dietro espressa domanda dell'Assicurato ed accettazione scritta delle Imprese. Le Imprese possono, a loro discrezione, richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui costo è a carico dell'Assicurato, e decidere circa la riattivazione o meno del Contratto tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del Contratto avviene alle ore 24 del giorno di ricevimento, da parte delle Imprese, del premio - o delle rate di premio - arretrato. A partire dalla sua riattivazione, il Contratto prevede le normali prestazioni della garanzia, ferme restando le limitazioni di cui all'Art. 27 "CLAUSOLA DI CARENZA" e di cui all'Art. 34 "PRESTAZIONI ASSICURATE" (Inabilità Temporanea Totale) applicate con effetto dalla Data di Decorrenza del Contratto.

Trascorso il periodo di sospensione del Contratto senza che l'Assicurato abbia versato i premi arretrati, lo stesso non è più riattivabile. In quest'ultimo caso il Contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalle Imprese.

In caso di disdetta dalle Coperture Assicurative Danni come previsto all'Art.7 "DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE", il Contratto cessa a decorrere dalla data di scadenza della rata immediatamente successiva alla richiesta di disdetta e non può essere riattivato. I premi già versati restano acquisiti dalle Imprese di Assicurazione.

ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato, o dai Suoi aventi diritto, il quale potrà compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Filiale della Contraente. La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata alle Imprese di Assicurazione ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Morte: Avipop Vita S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale): Avipop Assicurazioni S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.

L'Assicurato e gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri ai seguenti numeri verdi:

- per informazioni, in caso di decesso dell'Assicurato, gli aventi diritto devono rivolgersi al **Numero Verde 800 113 085** dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al **Numero Verde 800.115 325** attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 18:00.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Imprese di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di queste ultime.

Le Imprese di Assicurazione eseguono i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

ART. 13 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alle Imprese di Assicurazione. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art. 1915 C.C.

ART. 14 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Le Imprese di Assicurazione rinunciano a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da esse effettuate in forza del presente contratto.

ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che le Coperture Assicurative possono cumularsi con altre assicurazioni; di tale cumulo si terrà conto ai fini delle formalità assuntive di cui alla tabella riportata all'art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ".

ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

Eventuali imposte ed altri oneri futuri relativi al presente Contratto di Assicurazione, sono a carico dell'Assicurato. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

ART. 17 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Imprese di Assicurazione, con riferimento alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R. Eventuali comunicazioni da parte delle Imprese di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Assicurato sul Modulo di Adesione.

ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Contraente provvederà a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo.

Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

La Contraente terrà indenni e manlevate le Imprese di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

ART. 19 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Le Imprese di Assicurazione rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

ART. 20 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 21 FORO COMPETENTE

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

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente al Sinistro formante oggetto di questa Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato prima del Sinistro.

ART. 23 CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato può cedere ad altri il Contratto, così come può costituirlo in pegno in favore di un terzo o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci solo quando le Imprese di Assicurazione, dietro comunicazione scritta dell'Assicurato inviata tramite la Contraente o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, ne abbia fatto annotazione su apposita Appendice al Contratto.

Le Imprese di Assicurazione inviano tale Appendice al Contratto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione trasmessa dall'Assicurato.

Nel caso di vincolo, le operazioni di liquidazione richiedono l'assenso scritto del vincolatario.

Nel caso di pegno, le operazioni di liquidazione devono essere richieste dal creditore pignoratizio che si sostituisce in tutto e per tutto all'Assicurato cedente, mentre le operazioni di variazione contrattuale devono essere richieste dall'Assicurato con assenso scritto del creditore pignoratizio.

Non è consentito cedere il Contratto, costituire un pegno o un vincolo a favore dell'Intermediario.

ART. 24 CONTROVERSIE

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale prestate dal presente Contratto di Assicurazione.

In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali.

ART. 25 TERMINI DI DECADENZA

Ogni diritto nei confronti delle Imprese di Assicurazione si prescrive entro il termine di dieci anni per le polizze vita e di due anni per le polizze danni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C.

Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Imprese di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

LE GARANZIE ASSICURATIVE

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

ART. 26 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 71° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata, salvo le limitazioni previste ai successivi Artt. 27 "CLAUSOLA DI CARENZA" – 28 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al Capitale Assicurato corrispondente al Pacchetto Assicurativo prescelto in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza della presente Copertura Assicurativa oppure in caso di Invalidità Totale e Permanente nel corso della durata contrattuale che dia luogo al pagamento del sinistro, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa di Assicurazione e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione ai Beneficiari come previsto dall'Art. 9 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 27 CLAUSOLA DI CARENZA

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica ed accettando le modalità e gli oneri che ne dovessero derivare, la presente Copertura Assicurativa viene assunta con il solo Questionario Sanitario presente nel Modulo di Adesione.

Di conseguenza, resta convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 180 giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, e lo stesso sia al corrente con il pagamento dei premi, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà, in luogo del capitale assicurato, una somma pari all'ammontare dei premi annui o delle rate di premio versate al netto dei costi.

L'Impresa non applicherà, entro i primi 180 giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, la limitazione sopra indicata, e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del Contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post - vaccinica;

- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto (data di decorrenza);
- di Infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto, intendendo per Infortunio (fermo restando quanto indicato all'Art. 28 "ESCLUSIONI" che segue) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e che abbiano come conseguenza la morte.

ART. 28 ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 26 "PRESTAZIONI ASSICURATE" sono garantite qualunque possa essere la causa del Decesso dell'Assicurato senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa. E' escluso dalla garanzia soltanto il Decesso causato da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dei Beneficiari;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, nonché malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che, sottaciuti, dovessero invece risultare già diagnosticati al momento della sottoscrizione dello stesso;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.

In questi casi l'Impresa di Assicurazione restituirà ai Beneficiari, l'importo dei premi annui pagati al netto dei costi.

ART. 29 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dai Beneficiari, i quali potranno compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Filiale della Contraente. La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata all'Impresa di Assicurazione al seguente indirizzo: Avipop Vita S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.

Verificata la sussistenza dell'obbligo al pagamento, le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia:

- 1) **Richiesta di liquidazione** (da inviare direttamente in Compagnia o compilando il modulo presso gli intermediari) contenente i riferimenti al numero di polizza e per ciascun beneficiario:
 - a. le coordinate bancarie (IBAN) e l'intestazione del conto corrente;
 - b. copia di un valido documento di identità e del codice fiscale;
 - c. recapito telefonico e/o indirizzo e-mail;
 - d. in caso di procura: copia della procura che contenga espressa autorizzazione a favore del procuratore a riscuotere la somma dovuta con indicazione del numero di polizza (non sono ritenute valide le procure rilasciate per pratiche successorie)
 - e. in presenza di Rappresentante Legale: copia del decreto di nomina del Legale Rappresentante ovvero documento equipollente da cui si evinca, alla data di richiesta di liquidazione, il nominativo aggiornato.
- 2) **Certificato di Morte dell'Assicurato** rilasciato, in carta semplice, da Ufficio di Stato Civile
- 3) **Relazione del Medico curante** che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, menzioni eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità, etc) con mese e anno di insorgenza e con l'indicazione di terapie farmacologiche su base continuativa specificando anche il mese e l'anno di inizio trattamento

L'impresa necessita di richiedere ulteriore documentazione nei casi in cui, dalla relazione del medico curante :

- a. emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico. In questi casi l'Impresa si riserva di richiedere ai beneficiari la produzione di ulteriore documentazione sanitaria (lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri)
- b. emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti (esempio : causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'Assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avvenuti in paesi esteri). In questi casi l'Impresa si riserva di richiedere ai beneficiari la produzione di ulteriore documentazione sanitaria (lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri)
- c. emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione (dichiarazione di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario). In questo caso l'Impresa si riserva di richiedere ai beneficiari la produzione di ulteriore documentazione sanitaria (lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri).

d. Il sinistro sia conseguenza di un evento violento. In questo caso l'Impresa si riserva di richiedere ulteriore e indispensabile documentazione (es: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, copia referto autoptico, verbali dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti compreso il verbale di chiusura inchiesta referto autoptico se presente, eventuali cartelle cliniche)

4) In caso di **designazione beneficiaria generica** (es: eredi legittimi e/o testamentari) i beneficiari debbono produrre l'Atto di notorietà o una dichiarazione sostitutiva autenticata dalle autorità competenti (comune, cancelleria, notaio) dove risulti :

a. In assenza di testamento :

- i. che l'Assicurato non ha lasciato testamento
- ii. l'elenco degli eredi legittimi - loro età, grado di parentela, capacità di agire - e vi sia la precisazione che non vi sono altri eredi legittimi oltre quelli indicati. Qualora tra gli eredi legittimi vi fossero "nipoti" / "pronipoti" specificare le generalità e la data di decesso del parente del defunto in rappresentazione del quale vantano il titolo di erede

b. In presenza di testamento :

- i. che l'Assicurato ha lasciato testamento precisandone gli estremi - data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta - specificando se tale testamento è l'ultimo da ritenersi valido e mai impugnato
- ii. l'elenco degli eredi testamentari, distinguendoli da eventuali legatari - l'elenco degli eredi legittimi, loro età, grado di parentela, capacità di agire - e vi sia la precisazione che non vi siano altri eredi oltre a quelli indicati. Qualora tra gli eredi vi fossero "nipoti" / "pronipoti" specificare le generalità e la data di decesso del parente del defunto in rappresentazione del quale vantano il titolo di erede
- iii. allegando verbale di pubblicazione e copia autenticata del testamento

5) In caso di **designazione beneficiaria specifica** (nominativa), il Beneficiario è tenuto a provare la propria designazione ed identità. Dovrà quindi produrre l'Atto di notorietà o una dichiarazione sostitutiva autenticata dalle autorità competenti (comune, cancelleria, notaio) dove risulti :

a. In assenza di testamento

- i. che è il beneficiario e che non ve ne sono altri
- ii. che l'Assicurato non ha lasciato testamento dichiarando che ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie

b. In presenza di testamento :

- i. che è il beneficiario e che non ve ne sono altri
- ii. che l'Assicurato ha lasciato testamento precisandone gli estremi - data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta - dichiarando che ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'ultimo da ritenersi valido e mai impugnato e che nello stesso non sono presenti revoche o modifiche alla designazione del beneficiario
- iii. allegando verbale di pubblicazione e copia autenticata del testamento

In presenza di **minori/interdetti/incapaci** dovrà essere prodotto anche il **decreto del Giudice Tutelare** che autorizzi il tutore degli eventuali minori, o privi di capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta. Nel decreto (anche in copia autenticata) dovrà essere indicato il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato.

6) **Consenso al trattamento dei dati personali** ai sensi del l'art 23 DLgs nr 196/2003 sottoscritto da ciascun beneficiario

In merito al punto 3) il Beneficiario che dimostri oggettivamente all'Impresa la propria difficoltà ad acquisire e produrre la documentazione richiesta può conferire specifico mandato affinché sia l'Impresa stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta dei documenti necessari.

Si avvisano i Beneficiari che le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

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

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

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

ART. 30 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio dell'Assicurato che comporti un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 71° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Assicurato, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 32 "ESCLUSIONI".

L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa.

Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio

L'indennizzo sarà pari al Capitale Assicurato previsto dal Pacchetto Assicurativo prescelto per Assicurato e per Sinistro, come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO". Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente.

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Assicurato dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 9 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 31 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto

già minorato, le percentuali previste dalla “Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente” sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

L'Indennità per l'Invalidità Permanente è dovuta se l'Invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla “Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente” contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella “Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente”, il grado di Invalidità Permanente è stabilito in riferimento ai valori della “Tabella” stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

ART. 32 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale e Permanente causati da:

- malattia;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di visita medica: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi;
- incidente di volo, se l'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;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa.

- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- infortuni causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei;
- applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- inoltre sono esclusi gli infortuni causati:
 - dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - dalla pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
 - dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto ad Avipop Assicurazioni S.p.A. entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio.

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata alla Denuncia di cui al precedente Art. 12 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA E TOTALE

ART. 34 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale a seguito di infortunio o malattia, la liquidazione all'Assicurato di una Indennità mensile, pari all'ammontare

previsto dal Pacchetto Assicurativo prescelto, per ogni mese di durata della Inabilità Temporanea Totale, per un massimo di 12 mesi per Sinistro e 24 mesi per tutta la durata contrattuale.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale" se, a causa di un infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere oppure, in caso di Assicurato non lavoratore, di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici.

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea e Totale è sottoposta:

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa;
- ad un Periodo di Carenza di 30 giorni: qualora l'Inabilità Temporanea e Totale conseguente a malattia venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.

La prestazione assicurata verrà liquidata all'Assicurato dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 9 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 35 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Inabilità Temporanea e Totale causati da:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, nonché malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati al momento della sottoscrizione dello stesso;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con visita medica: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
- incidente di volo, se l'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;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici e gli stati depressivi;

- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- conseguenze della pratica di tutti gli sport, amatoriale o professionale, che comporti un compenso o una remunerazione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da detti eventi.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART. 36 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea e Totale, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa oppure, in caso di Assicurato non lavoratore, abbia ripreso la sua capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane, ossia di svolgere e di gestire i propri..

ART. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto all'Impresa di Assicurazione entro 60 giorni dall'infortunio o dall'inizio della malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, l'Impresa di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione. L'Assicurato deve consentire all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa.

Data ultimo aggiornamento: 1 febbraio 2017

GLOSSARIO

PROTEZIONE OGGI BancoBpm

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA A CAPITALE COSTANTE ED A PREMIO ANNUO COSTANTE

Assicurato

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti ed i 65 anni compiuti, cliente della Contraente che ha aderito facoltativamente alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il Premio. Le prestazioni previste dal Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Banca

Coincide con la Contraente.

Beneficiario

Beneficiari in caso di Decesso dell'Assicurato, sono gli eredi testamentari dell'Assicurato o in mancanza gli eredi legittimi dello stesso, salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato sul Modulo di Adesione o in caso di designazioni in contrasto con norme di legge o regolamentari. Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale è l'Assicurato stesso.

Carenza

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, l'Impresa di Assicurazione non corrisponde la prestazione assicurata.

Capitale Assicurato

In caso di Decesso o di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, il Capitale corrisposto al Beneficiario.

Contraente

Il Banco BPM S.p.A. con Sede e Direzione Generale in Piazza Filippo Meda 4, 20121 Milano Società che stipula i Contratti Collettivi di Assicurazione (Convenzione Assicurativa) con le Imprese di Assicurazione, per conto degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale le Imprese di Assicurazione, a fronte del pagamento di un premio, si impegnano a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

Convenzione Assicurativa

Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra le Imprese di Assicurazione e la Banca Contraente.

Copertura Assicurativa

Le garanzie assicurative concesse dalle Imprese di Assicurazione, generata dal versamento di Premi annui costanti, a fronte della quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Data di decorrenza

La data dalla quale decorrono le garanzie previste dal Contratto ovvero le ore 24 della data in cui viene sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato e viene versato il primo premio annuo costante - o la prima rata di premio .

La data di decorrenza è indicata nella Lettera Contrattuale di Conferma.

Decesso

Il decesso è la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni di polizza.

Durata del Contratto

Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza del Contratto di Assicurazione e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le garanzie ed hanno validità le Coperture Assicurative.

Franchigia

La Franchigia per la Garanzia Inabilità Temporanea Totale è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini del presente Contratto di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità. La Franchigia per la Garanzia Invalidità Totale Permanente è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.

Impresa di Assicurazione

Per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale): Avipop Assicurazioni S.p.A. - Impresa di Assicurazione del Gruppo Aviva con sede in Via A. Scarsellini 14 , 20161 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento IVASS n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) – Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 01979370036

Per la Copertura Morte: Avipop Vita S.p.A. - Impresa di Assicurazione del Gruppo Aviva con sede in Via A. Scarsellini 14 , 20161 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti IVASS nr. 2709 del 12/6/2009 - Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 05913510961

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

Perdita temporanea e totale, medicalmente accertata, della capacità di svolgere la propria professione o mestiere.

Se l'evento colpisce un Non Lavoratore, l'Inabilità Temporanea Totale è la perdita temporanea e totale, medicalmente accertata, della capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici.

Indennizzo

La somma dovuta dalle Imprese di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui al presente Contratto di Assicurazione, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio

L'infortunio è un evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e indennizzabili a termini del Contratto di Assicurazione.

Intermediario

Il **Banco BPM S.p.A.**, Contraente della Convenzione.

Invalidità Totale e Permanente da Infortunio La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 60% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità

Permanente - INDUSTRIA" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa. La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, subentrato ad ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135. L'IVASS svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Lavoratore Autonomo

È Lavoratore Autonomo la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (si veda la definizione di Lavoratore Dipendente al punto successivo) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone; sono considerati Lavoratori Autonomi i cosiddetti "Lavoratori a Progetto".

Lavoratore Dipendente di ente privato

È Lavoratore Dipendente di ente privato la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali. Sono altresì assimilati ai lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art.50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere : a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate.

Lavoratore Dipendente di ente pubblico

È la persona fisica che sia Lavoratore dipendente presso la Pubblica Amministrazione.

A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

- le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
- le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
- le Regioni – le Province – i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Istituzioni Universitarie;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni;
- le Aziende e gli Enti del servizio Medico Nazionale.

Lettera Contrattuale di Conferma

Documento attestante l'esistenza del Contratto di Assicurazione, nel quale viene indicato la data di decorrenza del Contratto.

Malattia

La Malattia è l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Margine di Solvibilità: rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria dell'Impresa di Assicurazione; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dall'Impresa nei confronti degli Assicurati.

Modulo di Adesione

Il documento sottoscritto dall'Assicurato, mediante il quale avviene l'adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Non Lavoratore

La persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

Pacchetto Assicurativo

Pacchetto scelto dall'Assicurato in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione. L'Assicurato ha la possibilità di scegliere tra tre Pacchetti Assicurativi ai quali corrispondono diverse tariffe, diversi importi di premio annuo costante, di Capitale Assicurato (per la Garanzia Caso Morte ed Invalidità Totale Permanente) e di Indennità mensile (per la Garanzia Inabilità Temporanea Totale).

Periodo di Riqualificazione

Il periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Totale e Temporanea durante il quale l'Assicurato deve svolgere la propria normale attività lavorativa oppure, in caso di Assicurato Non Lavoratore, dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane (ossia svolgere e gestire i propri affari familiari, personali o domestici) prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Totale e Temporanea.

Polizze

Le Polizze collettive di cui alle Convenzioni n. 3526-3527-3528 e 59368, stipulate dalla Contraente **Banco BPM S.p.A.**, rispettivamente con Avipop Assicurazioni S.p.A. e Avipop Vita S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Contrattuali di Assicurazione a cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Premio annuo

Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere alle Imprese di Assicurazione per tutta la durata contrattuale.

Questionario Sanitario

Questionario costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che le Imprese utilizzano al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.

Recesso

Diritto dell'Assicurato di recedere dalle Coperture Assicurative e farne cessare gli effetti.

Riattivazione

Facoltà dell'Assicurato di riprendere, entro i termini fissati, il versamento dei premi a seguito della Sospensione del pagamento dei premi.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del Contratto.

Sospensione

Facoltà data all'Assicurato, a determinate condizioni, di sospendere il pagamento dei premi.

Spese

Oneri a carico del presente Contratto che vengono calcolati sul premio annuo costante.

Sinistro

È l'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Valuta di denominazione

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

Data ultimo aggiornamento: 1 febbraio 2017

4. INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi art. 13 D. Lgs. 196/2003)

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati forniti riferiti al Contraente e/o all'Assicurato - ed eventualmente a terzi beneficiari - saranno trattati da Avipop Vita S.p.A. e da Avipop Assicurazioni S.p.A. - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI) (di seguito, la **"Società"**) – titolare del trattamento (di seguito, il **"Titolare"**) – nonché dalle società appartenenti al medesimo gruppo societario per dare corso alle informazioni, ai servizi richiesti, nonché al servizio Area Clienti, all'attività assicurativa e riassicurativa connessa al contratto di assicurazione e per la quale la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. In relazione a tale finalità Le viene richiesto di fornire il Suo consenso solo per il trattamento dei dati di natura sensibile eventualmente resi in occasione della sottoscrizione del contratto o che renderà in costanza del rapporto instaurato a qualsiasi titolo con la Società. A tale proposito precisiamo che eventuali e successive raccolte e, in genere, trattamenti di dati di natura sensibile dell'assicurato per ragioni connesse all'esecuzione del rapporto assicurativo verranno gestiti nel rispetto della normativa, per il tramite di personale medico e, ove necessario od opportuno, saranno regolati da specifica informativa.

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati o di altre tecniche di comunicazione a distanza e consisterà nelle operazioni indicate all'articolo 4, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 196/2003 e sue successive modifiche e/o integrazioni.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati personali è necessario per dare corso all'attivazione del rapporto assicurativo e nella vigenza del contratto, è obbligatorio qualora sia richiesto da specifiche normative, quali ad esempio quelle relative all'Antiriciclaggio, al Casellario Centrale Infortuni e alla Motorizzazione Civile.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto di fornire i Suoi dati o di fornire i consensi richiesti può comportare l'impossibilità di stipulare o eseguire il contratto, ovvero di gestire e liquidare il sinistro denunciato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1), ad altri soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, nonché attività e servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; banche dati esterne; IVASS e Ministero dello Sviluppo Economico; CONSAP e UCI. In tal caso, i dati identificativi dei suddetti altri titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso i suddetti soggetti.

In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, precisiamo inoltre che quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i dipendenti e/o collaboratori della Società di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute, nonché dipendenti e/o collaboratori di altre società appartenenti al Gruppo Aviva.

Inoltre, i dati personali possono essere comunicati per le medesime finalità ad altre società del medesimo gruppo societario (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente), a pubbliche Amministrazioni ove richiesto dalla legge, nonché a terzi fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco costantemente aggiornato delle altre società a cui saranno comunicati i Suoi dati e dei "responsabili" potrà essere richiesto in qualsiasi momento al Titolare, al seguente indirizzo Avipop Vita S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI) o Avipop Assicurazioni S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI). In particolare le precisiamo che lei potrà

esercitare il suo diritto di opposizione all'utilizzo dei dati anche solo parzialmente, con riferimento a specifiche finalità tra quelle sopra elencate.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali forniti potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, all'interno dell'Unione europea o in Paesi terzi, per le finalità di cui al punto 1) nel rispetto della vigente normativa ed in particolare degli articoli 42-45 del D. Lgs. 196/2003.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Fermi restando gli effetti indicati al precedente punto 4), Lei potrà in ogni momento e gratuitamente esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003 – e cioè conoscere quali dei Suoi dati vengono trattati, richiederne l'integrazione, la modifica o la cancellazione per violazione di legge, o opporsi al trattamento – inviando una comunicazione scritta ad Avipop Vita S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI) o Avipop Assicurazioni S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI).

9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento dei dati è la Società i cui estremi identificativi sono descritti al precedente punto 1) Gli ulteriori dati identificativi sono stati comunicati alle competenti Autorità di controllo e sono disponibili presso la sede legale della Società.

L'elenco completo dei "responsabili" in essere è disponibile presentando richiesta scritta al Titolare.

PROTEZIONE OGGI BancoBpm - MODULO DI ADESIONE
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA A CAPITALE COSTANTE ED A PREMIO ANNUO COSTANTE
TARiffe CP79-CP80-CP81

Polizze Collettive n. 3526 – 3527 - 3528 Avipop Assicurazioni S.p.A. - n. 59368 Avipop Vita S.p.A.

Filiale di

codice filiale

Modulo di Adesione

ASSICURATO

Cognome Nome N.D.G.?? Sesso
Codice Fiscale Data di nascita Luogo di Nascita
Cittadinanza Residenza (Via e Nr. Civico)
CAP e Località Prov. Stato
Documento d'identità (C. identità, Passap, Pat Guida, altro) Numero Data Rilascio
Data Scadenza Rilasciato da (Ente e Luogo)
Professione Attività economica SAE TAE RAE
Indirizzo email Numero di cellulare

BENEFICIARI

Per la Copertura Caso Morte, Beneficiario/i della prestazione in caso di decesso sono gli eredi testamentari o in mancanza legittimi dell'Assicurato salvo diversa indicazione di seguito riportata.

L'Assicurato designa il/i seguente/i Beneficiario/i:

Beneficiario/i designato/i:

Per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Beneficiario delle Coperture è l'Assicurato stesso.

LUOGO E DATA FIRMA DELL'ASSICURATO

PRESTAZIONI

L'Assicurato chiede di stipulare un'Assicurazione Temporanea per il Caso di Morte a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante.

L'Assicurato sceglie il seguente Pacchetto Assicurativo:

Pacchetto Assicurativo	Tariffa	Importo del Premio Annuo Copertura Caso Morte	Importo del Premio Annuo* per le Garanzie ITP** e ITT***	Importo totale del Premio Annuo	Capitale Assicurato per le Garanzie Caso Morte ed ITP**	Indennità mensile per la Garanzia ITT***
☐ Pacchetto A	CP79	Euro 237,80	Euro 85,20	Euro 323,00	Euro 20.000,00	Euro 400,00
☐ Pacchetto B	CP80	Euro 356,70	Euro 120,30	Euro 477,00	Euro 30.000,00	Euro 500,00
☐ Pacchetto C	CP81	Euro 475,60	Euro 154,40	Euro 630,00	Euro 40.000,00	Euro 600,00

***(comprensivo di imposte nella misura del 2,50%)**

**** Invalidità Totale Permanente da Infortunio**

***** Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**

Durata contrattuale: 60 mesi (5 anni)

Frazionamento ☐ annuale ☐ mensile *Interessi di frazionamento 2% mensile*
Avipop Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: avipop_assicurazioni_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002


Avipop Vita S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: avipop_vita_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011



DICHIARAZIONI DI ADESIONE ALLE POLIZZE COLLETTIVE DELL'ASSICURATO:

- prendo atto che la "Banca" ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
 - ad Avipop Vita S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause,
 - ad Avipop Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
 - invalidità totale permanente da infortunio,
 - inabilità temporanea totale da infortunio o malattia,
 - prendo atto che le suddette garanzie, per la Copertura Vita (morte per tutte le cause) si riferiscono alla polizza collettiva n. 59368 che la Banca ha stipulato con AVIPOP Vita S.p.A., per le Coperture invalidità totale permanente da infortunio, inabilità temporanea totale da infortunio o malattia si riferiscono alle polizze collettive n. 3526 – 3527 - 3528 che la Banca ha stipulato con Avipop Assicurazioni S.p.A.;
 - prendo atto che le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione e di pagamento del primo premio annuo costante o della prima rata di premio. La piena efficacia delle Coperture Assicurative, in funzione della somma assicurata e dell'età dell'Assicurato, come meglio riportato all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ delle Condizioni di Assicurazione, è in ogni caso subordinata:
 - alla sottoscrizione del QUESTIONARIO MEDICO riportato di seguito; ovvero
 - alla sottoscrizione, del RAPPORTO DI VISITA MEDICA riportato su apposito Modulo e all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. L'emissione del Contratto è riservata alla Direzione delle Imprese di Assicurazione ed il pagamento del premio verrà effettuato qualora le Imprese abbiano comunicato l'accettazione del rischio.
- Le Imprese di Assicurazione inviano all'Assicurato la Lettera Contrattuale di Conferma quale documento contrattuale che attesta il ricevimento del primo premio annuo costante o della prima rata di premio da parte delle Imprese e che conferma la Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative;
- **dichiaro di essere** consapevole che la percentuale di invalidità riconosciuta in sede di valutazione del sinistro sarà determinata detraendo i punti di invalidità imputabili ad eventi antecedenti la sottoscrizione della polizza, come meglio riportato all'Art.31 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ delle Condizioni di Assicurazione;
 - prendo atto di poter recedere dalle Coperture Assicurative entro 30 giorni dalla Data di decorrenza delle stesse. Il Premio pagato al netto delle eventuali imposte, per le Coperture Assicurative verrà rimborsato all'Assicurato dalle Imprese di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

DICHIARO espressamente:

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- di aderire, in qualità di Assicurato, alle Polizze Collettive suindicate, che prevedono il versamento di Premi annui costanti – frazionabili in rate mensili - dalla Data di decorrenza delle Coperture Assicurative per tutta la durata contrattuale.

DO MANDATO irrevocabile alla Banca ad addebitare l'importo dei Premi assicurativi sul mio conto corrente, intrattenuto presso la Banca medesima e ad effettuare in mio nome e per mio conto il pagamento ad Avipop Vita S.p.A. ed Avipop Assicurazioni S.p.A. I Premi annui costanti – frazionabili in rate mensili - sono dovuti per una durata contrattuale pari a 60 mesi, salvo quanto previsto all'Art. 11 SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI delle Condizioni Contrattuali..

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

L'Assicurato dichiara di NON avere in corso con Avipop Vita S.p.A., altre coperture assicurative per il caso morte.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 23 D. LGS. N. 196/2003

Io sottoscritto, confermando di aver ricevuto e letto l'Informativa contenuta nel Fascicolo Informativo:

Acconsento al trattamento dei dati personali di natura sensibile eventualmente forniti, per le finalità assicurative descritte nel punto 1 dell'informativa.

Sono consapevole che solo barrando la casella **SI** e sottoscrivendo il presente consenso l'Impresa potrà dar corso alla regolare esecuzione del Contratto di assicurazione nel caso sia necessario procedere al trattamento dei miei/nostri dati sensibili.

SI ☐ NO ☐ (risposta fornita dall'Assicurato)

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARO ALTRESI'

- di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, le Informazioni sul Trattamento dei Dati Personali ed il presente Modulo di Adesione che definiscono il Contratto;
- di aver ricevuto il documento contenente - ai sensi dell'art. 49 del Regolamento IVASS n. 5/2006 - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Dichiaro 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 - le Clausole Vessorie e il disposto dei seguenti articoli: Art. 3 Requisiti di Assicurabilità - Art. 4 Limiti di Indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio - Art. 6 Decorrenza delle Coperture Assicurative - Art. 8 Diritto di recesso - Art. 11 Sospensione e riattivazione del pagamento dei premi - Art. 12 Denuncia del sinistro - Art. 23 Cessione dei Diritti - Art. 24 Controversie - Art. 27 Clausola di Carenza - Art. 28-32-35 Esclusioni

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

AVVERTENZE RELATIVE ALLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO AI FINI DELL'EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA :

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario Medico, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;
- anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa di Assicurazione, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

QUESTIONARIO MEDICO

Il presente Questionario può essere sottoscritto solo per importi fino a Euro 300.000,00 (importo da calcolarsi considerando anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione) e Assicurati di età all'adesione fino a 65 anni compiuti ed è da ritenersi valido a condizione che la copertura abbia decorrenza entro 180 gg. dalla sottoscrizione dello stesso.

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "No" a tutte le domande incluse nel Questionario Medico. Le Imprese di Assicurazione pertanto, dichiarano espressamente che non intendono assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fossero a conoscenza che l'assicurando sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Medico.

1. Le è mai stata diagnosticata o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure per una malattia acuta o cronica tra quelle indicate sotto? • Malattie del cervello: Ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma dei vasi arteriosi cerebrali ?Si ?No • Malattie del sistema nervoso: Sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, malattie demielinizzanti, distrofie muscolari, paresi, plegia, spina bifida, morbo di Parkinson, epilessia (resistente alla terapia con almeno 2 farmaci antiepilettici), morbo di Alzheimer ?Si ?No • Malattie cardiovascolari: Ischemia miocardica (insufficienza delle coronarie), infarto miocardico, difetti delle valvole cardiache, ipertensione non controllata dalla terapia o in terapia con 3 o più farmaci antipertensivi, aneurismi dei vasi arteriosi. ?Si ?No • Malattie oncologiche: Tumori maligni, leucemia, linfomi. ?Si ?No • Malattie metaboliche: Diabete mellito di tipo 1 o 2 ?Si ?No • Malattie immunologiche: HIV, AIDS ?Si ?No • Malattie dell'apparato respiratorio: Bronchite cronica ostruttiva (BPCO) in trattamento continuativo combinato con 2 o più farmaci; enfisema polmonare, asma in trattamento continuativo combinato con 2 o più farmaci; insufficienza respiratoria ?Si ?No • Malattie gastroenterologiche: Cirrosi epatica, colite ulcerosa o morbo di Crohn ?Si ?No • Malattie dell'apparato urinario: Nefriti, insufficienza renale cronica in dialisi ?Si ?No • Trapianti: Trapianto d'organo (tranne trapianto di cornea) ?Si ?No • Malattie reumatiche autoimmuni: Lupus eritematoso sistemico, connettiviti, vasculiti, artrite reumatoide (malattia infiammatoria cronica, da non confondere con l'artrosi) ?Si ?No	
2. Le è mai stata riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS una Invalidità Permanente da malattia o infortunio pari o superiore al 20% oppure riceve una pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	?Si ?No
3. Negli ultimi 5 anni, è mai stato ricoverato/a o in cura per dipendenza da alcool o da sostanze stupefacenti?	?Si ?No

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

Il sottoscritto Assicurato conferma che:

- ☐ ha ricevuto una copia non pre-compilata del questionario;
☐ ha effettuato un'attenta e meditata lettura del contenuto del questionario stesso;
☐ il presente questionario è stato compilato sulla base di dichiarazioni spontanee da lui rilasciate in sede di intervista.

Luogo e Data _____ Firma Assicurato _____

Data ultimo aggiornamento: 1° febbraio 2017

Timbro e Firma della Filiale _____
(per convalida firma)

Avipop Assicurazioni S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.avipop.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: avipop_assicurazioni_spa@legalmail.it

Avipop Assicurazioni S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002

Avipop Vita S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: avipop_vita_spa@legalmail.it

Avipop Vita S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011