

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA AI PRESTITI PERSONALI

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa sulla Privacy e sulle Tecniche di Comunicazione a Distanza;
- Dichiarazione di adesione;

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE E ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ADESIONE

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

Avipop Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 33.000.000,00 (i.v.) - deliberato e sottoscritto Euro 43.500.000,00 - 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 Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 17.000.000,00 (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



1. NOTA INFORMATIVA

1.1 NOTA INFORMATIVA Copertura Caso Morte

1.2 NOTA INFORMATIVA Coperture Danni

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

3. GLOSSARIO

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

5. FAC SIMILE DICHIARAZIONE DI ADESIONE

1.1 NOTA INFORMATIVA – COPERTURA CASO MORTE

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA AI PRESTITI PERSONALI

Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 50045

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

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E SUL REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A. INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

AVIPOP VITA S.p.A, Compagnia del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Viale Abruzzi n. 94 – 20131 Milano – Italia.

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

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzione_vita@avivaitalia.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni_vita@avivaitalia.it

AVIPOP VITA S.p.A., è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP nr. 2709 del 12/06/2009.

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

2. CONFLITTO DI INTERESSI

AVIPOP VITA S.p.A., Società che commercializza il presente Contratto, 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.p.A. Il prodotto viene distribuito da AGOS-DUCATO S.p.A..

La Compagnia di Assicurazione, opera in ogni circostanza in modo da non recare pregiudizio al Contraente e si impegna ad ottenere per il Contraente il miglior risultato possibile.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Programma Assicurativo in forma collettiva operante in applicazione di due Polizze, nr. 50045 e nr. 2607, stipulate tra la Contraente e, rispettivamente, AVIPOP VITA S.p.A. ed AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.

La polizza collettiva stipulata con AVIPOP VITA - oggetto della presente Nota Informativa - garantisce la Copertura in caso di Decesso dell'Assicurato, mentre la polizza collettiva stipulata con AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. garantisce le Coperture Danni Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'impiego meglio descritte nelle Condizioni di Assicurazione.

La Compagnia di Assicurazione garantisce nel corso della durata contrattuale, in caso di Decesso dell'Assicurato, il pagamento alla Contraente, quale Beneficiaria irrevocabile della Polizza Collettiva, di una prestazione assicurata pari al Debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del Decesso, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie, che residua dal rapporto di Finanziamento in essere tra l'Assicurato e la Contraente.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 50.000,00 per Sinistro, limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione di più Finanziamenti assicurati. Pertanto l'Indennizzo sarà pagato nel limite del massimale di cui sopra da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento assicurati che siano in essere, tra l'Assicurato e la Contraente, alla data del Sinistro.

In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 50.000,00 l'indennizzo sarà liquidato proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il Finanziamento erogato.

Assicurati della presente Polizza Collettiva sono le persone fisiche, di età compresa tra i 18 ed i 65 anni non compiuti alla data di stipulazione del Programma Assicurativo e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento non abbiano ancora compiuto 75 anni, clienti della Contraente e intestatari di Finanziamenti con piano di ammortamento alla francese concessi dalla stessa. Ciascun Assicurato aderisce alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Dichiarazione di adesione e corrispondendo il Premio.

Più precisamente la Polizza Collettiva presuppone:

- un unico Contraente, un'unica Polizza Collettiva (Contratto) e tante coperture assicurative quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – la prestazione iniziale assicurata è pari all'importo totale del Finanziamento richiesto.

I premi versati vengono utilizzati dalla Compagnia di Assicurazione per far fronte ai rischi demografici previsti dal Contratto (rischio di mortalità).

Le prestazioni assicurative, indicate di seguito, sono operanti per tutta la durata del Programma Assicurativo.

La durata del Programma Assicurativo, espressa in mesi interi, coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) più l'eventuale periodo di preammortamento. La durata del Programma Assicurativo è compresa tra un limite minimo di 6 mesi e massimo di 123 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.

La Compagnia di Assicurazione, a fronte del versamento di un Premio unico, si impegna a corrispondere una prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, la Compagnia di Assicurazione liquida immediatamente alla Contraente, quale Beneficiaria irrevocabile della Polizza Collettiva, la prestazione assicurativa pari al Debito residuo rimasto da ammortizzare all'epoca del Decesso dell'Assicurato.

La prestazione assicurativa - pari al Debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del Decesso, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie – verrà corrisposta previa comunicazione documentata da parte della Contraente dell'importo del Debito residuo alla data di Decesso dell'Assicurato.

L'importo versato dalla Compagnia di Assicurazione alla Contraente verrà da quest'ultima computato a credito dell'Assicurato al fine di estinguere o ridurre il suo debito.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa sia superiore al Debito residuo riferito all'Assicurato, la Compagnia di Assicurazione provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione dei suoi eredi legittimi e testamentari, salvo diversa designazione effettuata

dall'Assicurato tramite apposita comunicazione da presentare alla Compagnia di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

Se l'evento si verifica dopo che il Contratto di Finanziamento sia stato oggetto di anticipata estinzione non conseguente a Sinistro ovvero dopo che sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente e la Copertura Assicurativa sia rimasta in vigore, la somma sarà liquidata agli eredi legittimi e testamentari dell'Assicurato, salvo diversa designazione effettuata dallo stesso tramite apposito Modulo disponibile presso la sede della Contraente oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

Nel caso in cui, alla data di scadenza del Contratto, l'Assicurato sia in vita, il Contratto si intenderà estinto e il Premio già versato dall'Assicurato resterà acquisito dalla Compagnia di Assicurazione.

È escluso dalla Garanzia soltanto il Decesso dell'Assicurato causato da:

- **dolo dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la Garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- **infezione da virus HIV**, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- **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;
- **suicidio**, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto;
- **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.
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;**
- **sinistro avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio** e per i quali il Ministero degli Esteri abbia 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 l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- **sinistro 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 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

In questi casi la Compagnia restituirà all'Assicurato, anche per conto della Contraente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la formula riportata alla fine del punto 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO".

4. PREMIO UNICO

La Copertura viene prestata dietro corresponsione del premio da parte della Contraente, per conto dell'Assicurato, in via anticipata e in un'unica soluzione. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto alla Compagnia di Assicurazione. L'importo del premio unico viene determinato moltiplicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento - per l'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento. Di seguito vengono riportati i tassi di premio per la Copertura Caso Morte:

DURATA FINANZIAMENTO IN	COPERTURA MORTE
-------------------------	-----------------

MESI	
Da 6 a 36	1,43%
Da 37 a 48	2,42%
Da 49 a 60	2,99%
Da 61 a 72	3,41%
Da 73 a 84	3,94%
Da 85 a 120	4,25%

L'importo del premio da corrispondere risulta dalla Domanda di Finanziamento di cui la Dichiarazione di Adesione è parte integrante.

In caso di estinzione parziale del Contratto di Finanziamento o di modifica della durata, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento.

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti in particolare allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Compagnia di Assicurazione solo dopo che l'Assicurato abbia reso le necessarie informazioni e compilato l'eventuale questionario sanitario (o, nei casi previsti, dopo essersi assoggettato a visita medica).

IMPORTI DI PREMIO

Capitale Assicurato: Euro 50.000,00

	Durata del Contratto di Finanziamento (anni)	
Età'	5	10
30	1.495,00	2.125,00
35	1.495,00	2.125,00
40	1.495,00	2.125,00
45	1.495,00	2.125,00
50	1.495,00	2.125,00

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E SUL REGIME FISCALE

5. COSTI

Il costo trattenuto dalla Compagnia di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di Premio riportati sopra, è pari al 73% del Premio unico versato.

La quota parte percepita dal distributore è pari al 70% del Premio unico versato.

6. MISURE E MODALITÀ DI EVENTUALI SCONTI

Non sono previsti sconti.

7. REGIME FISCALE

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.

Precisamente, ai sensi dell'art.15 comma 1 lett. f) del DPR 917/86, relativamente ad ogni periodo di imposta, è consentita una detrazione nella misura del 19% dell'onere sostenuto dall'Assicurato per i premi relativi alle Assicurazioni di cui sopra versati in tale periodo per un importo complessivamente non superiore ad Euro 1.291,14. L'Assicurato avrà dunque diritto ad una detrazione massima pari ad Euro 245,32.

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 il 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.

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

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

8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

8.1 DECORRENZA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Programma Assicurativo, a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del Contratto di Finanziamento, altrimenti il Programma Assicurativo decorrerà dalla data di erogazione del Finanziamento.

La decorrenza della Copertura Assicurativa è comunicata alla Compagnia di Assicurazione dalla Contraente.

8.2 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La Copertura Assicurativa e di conseguenza la sua accettazione da parte della Compagnia di Assicurazione – sono in ogni caso subordinate alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO", presente nella Dichiarazione di Adesione.

Anche se non espressamente prevista dalle formalità di ammissione al Programma Assicurativo, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

La Compagnia di Assicurazione si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa. Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente in busta chiusa ed inviati alla Compagnia di Assicurazione.

8.3 ASSICURATO

L'Assicurato è la persona – che coincide con il Cliente, che ha ottenuto la concessione di un Finanziamento da parte della Contraente ed abbia aderito alla Polizza Collettiva - sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione Temporanea.

E' assicurabile ciascuna persona fisica:

- di età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Dichiarazione di adesione e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni;
- che sottoscriva un Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massima di 120 mesi. Gli importi massimi assicurabili sono riportati al punto 3. "PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE" che precede.

8.4 DURATA CONTRATTUALE

Per durata contrattuale si intende l'arco di tempo intercorrente tra la Data di decorrenza e la data di scadenza del Programma Assicurativo durante il quale è operante la prestazione prevista dalla Copertura stessa.

La durata del Programma Assicurativo, espressa in mesi interi, coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) più l'eventuale periodo di preammortamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 123 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento).

L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.

La durata del Contratto di Finanziamento è comunicata alla Compagnia di Assicurazione dalla Contraente.

In caso di modifica della durata del Contratto di Finanziamento, il Programma Assicurativo resterà comunque commisurato all'originario piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento.

8.5 BENEFICIARI

La Contraente è la Beneficiaria irrevocabile delle prestazioni alla quale viene liquidato, da parte della Compagnia di Assicurazione, il Debito residuo calcolato alla data di Decesso dell'Assicurato. Gli importi versati dalla Compagnia di Assicurazione alla Contraente verranno da quest'ultima computati a credito dell'Assicurato al fine di estinguere o ridurre il suo debito.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa sia superiore al Debito residuo riferito all'Assicurato, la Compagnia di Assicurazione liquiderà l'eccedenza agli eredi legittimi e testamentari dell'Assicurato, salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato tramite apposita comunicazione da presentare alla Compagnia di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

In caso di estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento. In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale verrà liquidato dalla Compagnia di Assicurazione il Debito residuo calcolato alla data di Decesso dell'Assicurato come riportato ai precedenti capoversi.

Se l'evento si verifica dopo che il Contratto di Finanziamento sia stato oggetto di anticipata estinzione totale ovvero dopo che sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente e la Copertura Assicurativa sia rimasta in vigore, la somma sarà liquidata agli eredi legittimi e testamentari dell'Assicurato, salvo diversa designazione effettuata dallo stesso tramite l'apposito Modulo, disponibile presso la sede della Contraente, da presentare alla Compagnia di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

9. RISOLUZIONE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- al pagamento di una prestazione, da parte della Compagnia di Assicurazione, nell'ambito della garanzia Morte - prevista dalla Polizza Collettiva stipulata tra la Contraente ed AVIPOP VITA - o della garanzia Invalidità Permanente Totale - prevista dalla Polizza Collettiva stipulata tra la Contraente ed AVIPOP ASSICURAZIONI - ;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato;
- in caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento, ovvero nei casi in cui viene meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (se l'Assicurato decide di annullare la Copertura Assicurativa).

10. ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non dovuta a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale e Permanente), ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente, il Programma Assicurativo consente di:

- mantenere in vigore la Copertura Assicurativa;
- ovvero
- annullare la Copertura Assicurativa dalla data di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento ovvero dalla data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente.

Nel caso di mantenimento in vigore della Copertura Assicurativa dovrà essere inviata alla Compagnia di Assicurazione una comunicazione dell'anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato. Il beneficio irrevocabile a favore della Contraente decade automaticamente come previsto dalla Polizza Collettiva.

L'Assicurato potrà comunicare la designazione dei nuovi Beneficiari della polizza utilizzando l'apposito Modulo disponibile presso la sede della Contraente. Ai fini della determinazione della prestazione assicurata, il debito residuo sarà ricostruito seguendo la stessa struttura di ammortamento alla francese in base ad un tasso prestabilito e la Compagnia di Assicurazione provvederà a corrispondere ai nuovi Beneficiari la prestazione. In mancanza di designazione, la Compagnia di Assicurazione liquiderà la prestazione agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato salvo diversa designazione effettuata dallo stesso mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

Nel caso in cui l'Assicurato opti per annullare la Copertura Assicurativa, dovrà essere inviata alla Compagnia di Assicurazione una richiesta di restituzione del rateo di premio non goduto tramite l'apposito Modulo disponibile presso la sede della Contraente.

La Compagnia di Assicurazione restituirà all'Assicurato, anche per conto della Contraente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formulazione:

- Premio Copertura Morte $R = (Pn \text{ vita} / N) \times K$

dove:

- **R** è il rimborso
- **Pn vita** è il premio versato per la Copertura Morte
- **N** è la durata originaria del Contratto di Finanziamento espressa in mesi interi
- **K** è la durata residua del Contratto di Finanziamento espressa in mesi interi.

In caso di estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento. In

caso di decesso dell'Assicurato verrà liquidata ai Beneficiari la prestazione come previsto al punto 8.5 "BENEFICIARI" che precede.

11. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI

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

12. DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo entro 30 giorni dalla data di decorrenza del medesimo, inviando una comunicazione a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Contraente.

L'eventuale Premio lordo pagato verrà rimborsato all'Assicurato per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato stesso.

13. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

13.1 PAGAMENTI DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

Per un maggior dettaglio sulla documentazione da consegnare alla Compagnia di Assicurazione, necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto, si rimanda allo specifico Art. 28 "DENUNCIA DI SINISTRO" delle Condizioni di Assicurazione.

13.2 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti da qualsiasi contratto di assicurazione 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.

14. LEGGE APPLICABILE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

15. LINGUA IN CUI È REDATTO IL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

16. RECLAMI

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

AVIPOP VITA S.p.A.

Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano

telefax 02 2775 245

reclami_vita@avivaitalia.it.

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

ISVAP

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

telefono 06.42.133.1,

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere: i dati del reclamante, l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società 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.

17. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Compagnia di Assicurazione si impegna a comunicare tempestivamente all'Assicurato ed alla Contraente qualunque variazione della sua denominazione sociale, forma giuridica e indirizzo.

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni nelle informazioni contenute nella Nota Informativa anche a seguito di modifiche nella normativa applicabile al Contratto, la Compagnia di Assicurazione si impegna a fornire tempestivamente alla Contraente ed all'Assicurato ogni necessaria precisazione.

18. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

Le comunicazioni dell'Assicurato possono essere fatte pervenire, oltre che direttamente alla Compagnia di Assicurazione, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a AVIPOP VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano (Italia), anche alla Contraente presso cui è appoggiato il Programma Assicurativo.

* * * * *

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



Stefano Longo

1.2 NOTA INFORMATIVA Coperture Danni

Invalidità Permanente Totale - Ricovero Ospedaliero - Inabilità Temporanea Totale al lavoro - Perdita d'Impiego – Polizza Collettiva nr. 2607

Premessa

La presente Nota Informativa vuole contribuire a far conoscere alcune caratteristiche del contratto di assicurazione fornendo preventivamente al Contraente/Assicurato le informazioni necessarie ad una corretta valutazione dell'assicurazione prescelta.

In questa sede sono recepite le disposizioni di cui all'art. 185 del Codice delle Assicurazioni e quelle impartite dall'ISVAP in tema di informativa al Contraente.

1. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETA'

AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.

Il contratto sarà concluso con la sede legale della Società sita in Italia - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano.

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

2.1 Costi

Il costo trattenuto dalla Compagnia di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di Premio riportati sopra, è pari al 73% del Premio unico versato.

La quota parte percepita dal distributore è pari al 70% del Premio unico versato.

2.2 Misure e Modalità di Eventuali Sconti

Non sono previsti sconti.

2.3 Legislazione applicabile

In base all'art. 180 del Codice delle Assicurazioni, al contratto che sarà stipulato si applicherà la legge italiana. Le Parti possono tuttavia convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e fatta salva in ogni caso la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

2.4 Reclami in merito al contratto o ai sinistri

Nel caso si applichi al contratto la legislazione italiana eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Servizio Reclami, con sede in Milano - Viale Abruzzi, 94 numero di fax 02.2775245 – indirizzo e-mail cureclami@avivaitalia.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 ROMA – telefono : 06.42.133.1.

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere: i dati del reclamante, l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società 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 e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso, invece, la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami , dovranno essere inviati all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata applicata. In tal caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Contraente.

2.5 Termini di prescrizione dei diritti

Ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 2607 stipulata tra AGOS-DUCATO S.P.A. e AVIPOP ASSICURAZIONI S.P.A. e della Polizza Collettiva n° 50045 stipulata tra AGOS-DUCATO S.P.A. e AVIPOP VITA S.P.A. sono depositati presso le sedi di tutte le Società anzidette.

ART. 1 - GARANZIE

Il presente Programma Assicurativo, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra AGOS-DUCATO SpA e le Compagnie di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Morte, per tutti gli Assicurati, prestata da AVIPOP VITA SpA;
- Invalidità Permanente Totale, per tutti gli Assicurati, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero, per chi non esercita alcuna attività lavorativa, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro, solo per i lavoratori autonomi e dipendenti del settore pubblico, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Perdita d'Impiego, solo per i lavoratori dipendenti del settore privato, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.

Gli obblighi delle Compagnie di Assicurazione risultano esclusivamente dalle Polizze collettive, dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dalla Dichiarazione di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Compagnie di Assicurazione stesse. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea. La garanzia Perdita d'Impiego è valida solo sul territorio dello Stato Italiano e il contratto di lavoro deve essere regolamentato dalla legge italiana.

ART. 2 - PRESTAZIONI

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti prestazioni:

- Morte: l'Indennizzo è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - alla data del decesso dell'Assicurato;
- Invalidità Permanente Totale: l'Indennizzo è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - alla data di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente. Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data di accadimento dell'infortunio oppure, in caso di malattia, tra la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Permanente Totale, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.
- Inabilità Temporanea Totale: per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Finanziamento al momento del sinistro. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale opererà un periodo di franchigia di sessanta giorni dalla data di ripresa dell'attività lavorativa; tale nuovo periodo di franchigia verrà applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.

- Perdita d'Impiego: per ciascuna rata scadente durante il periodo di inattività comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Contratto di Finanziamento al momento del sinistro.
- Ricovero Ospedaliero: in caso di Ricovero Ospedaliero perdurante oltre il Periodo di Franchigia di 7 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Contratto di Finanziamento al momento del sinistro; un ulteriore Indennizzo, pari alla rata mensile suddetta, sarà corrisposto per ciascun periodo di trenta giorni consecutivi successivi alla scadenza del Periodo di Franchigia.

ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA'

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

1. di età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di stipulazione del presente Programma Assicurativo e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento non abbiano ancora compiuto 75 anni;
2. che abbiano sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella stessa;
3. che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massima di 120 mesi. L'importo massimo assicurabile è riportato all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue.

ART. 4 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 Compagnie di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dalle Compagnie di Assicurazione all'atto della adesione al Programma Assicurativo, devono corrispondere a verità ed esattezza. Anche se non espressamente prevista dalle formalità di ammissione al Programma Assicurativo, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico. Pertanto, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo e la Data di Perfezionamento del Contratto di Finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle Compagnie di Assicurazione prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste. In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione è da ritenersi confermata purché l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione. Se l'erogazione del Finanziamento fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

ART. 5 - DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Programma Assicurativo, a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del Contratto di Finanziamento, altrimenti il Programma Assicurativo decorrerà dalla data di erogazione del Finanziamento. La decorrenza della Copertura Assicurativa è comunicata alle Compagnie di Assicurazione dalla Contraente.

La durata del Programma Assicurativo, espressa in mesi interi, coincide sempre con l'originaria durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) più l'eventuale periodo di preammortamento.

La durata del Programma Assicurativo deve essere compresa tra un minimo di 6 mesi e massimo di 123 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi. La durata del Contratto di Finanziamento è comunicata alle Compagnie di Assicurazione dalla Contraente.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- al pagamento di una prestazione, da parte della Compagnia di Assicurazione, nell'ambito della garanzia Morte o della garanzia Invalidità Permanente Totale;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Programma Assicurativo, da parte dell'Assicurato;
- in caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (solo se l'Assicurato decide di annullare la Copertura Assicurativa) ovvero nei casi in cui viene meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (solo se l'Assicurato decide di annullare la Copertura Assicurativa).

La garanzia Perdita d'Impiego ha termine, inoltre, alla data di pensionamento.

ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo entro 30 giorni dalla data di decorrenza del medesimo, inviando una comunicazione a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Contraente.

L'eventuale premio pagato verrà rimborsato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, all'Assicurato per il tramite della Contraente.

Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato stesso.

ART. 7 - LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Contratto di Finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie. L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte ed Invalidità Permanente Totale: l'importo di Euro 50.000,00 per Sinistro.
- In caso di Inabilità Temporanea Totale - Perdita d'Impiego - Ricovero Ospedaliero: l'importo di Euro 2.000,00 mensili con il massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Pertanto l'Indennizzo sarà pagato nel limite del massimale di cui sopra da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento assicurati, che siano in essere tra l'Assicurato e la Contraente, alla data del Sinistro.

In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 50.000,00 gli indennizzi (Morte ed Invalidità Permanente Totale) saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

ART. 8 - PREMIO ASSICURATIVO

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alle Compagnie di Assicurazione di un premio unico, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato, in via anticipata e in un'unica soluzione. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto alle Compagnie di Assicurazione. L'importo totale del premio unico è pari alla somma del premio per la Copertura Morte e del premio per le Coperture Danni. Per le Coperture Morte e Danni, il tasso viene applicato – in base alla durata del Contratto di Finanziamento - all'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento. Di seguito i tassi di premio suddivisi per garanzia:

DURATA FINANZIAMENTO IN MESI	COPERTURA MORTE	COPERTURA	DANNI
		(Invalidità Permanente Totale - Inabilità Temporanea Totale - Perdita d'Impiego - Ricovero	

		Ospedaliero)*
Da 6 a 36	1,43%	2,07%
Da 37 a 48	2,42%	2,08%
Da 49 a 60	2,99%	2,57%
Da 61 a 72	3,41%	2,93%
Da 73 a 84	3,94%	2,43%
Da 85 a 120	4,25%	2,62%

(*) Il tasso applicato per determinare il premio per le Coperture Danni è già comprensivo delle imposte di Legge pari al 2,50%.

ART. 9 - ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE E PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non dovuta a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Permanente Totale) ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente, il Programma Assicurativo consente di:

- mantenere in vigore la Copertura Assicurativa;
- ovvero
- annullare la Copertura Assicurativa dalla data di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento ovvero dalla data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente.

Nel caso di mantenimento in vigore della Copertura Assicurativa la Contraente dovrà inviare alle Compagnie di Assicurazione la comunicazione dell'anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

Il beneficio irrevocabile a favore della Contraente decade automaticamente come previsto dalla Polizza Collettiva pertanto:

- per la Copertura Caso Morte l'Assicurato potrà comunicare la designazione dei nuovi Beneficiari della polizza utilizzando l'apposito Modulo disponibile presso la sede della Contraente. Ai fini della determinazione della prestazione assicurata, il debito residuo sarà ricostruito seguendo la stessa struttura di ammortamento alla francese in base ad un tasso prestabilito e la Compagnia di Assicurazione provvederà a corrispondere ai nuovi Beneficiari la prestazione. In mancanza di designazione, la Compagnia di Assicurazione liquiderà la prestazione agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato salvo diversa designazione effettuata dallo stesso mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile;
- per le Coperture Danni (Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego) Beneficiario delle prestazioni sarà l'Assicurato stesso.

La Compagnia di Assicurazione provvederà a corrispondere all'Assicurato la prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato opti per annullare la Copertura Assicurativa, dovrà essere inviata alle Compagnie di Assicurazione la richiesta di restituzione del rateo di premio non goduto tramite l'apposito Modulo disponibile presso la sede della Contraente.

Le Compagnie di Assicurazione restituiranno all'Assicurato, anche per conto della Contraente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formulazione:

- Premio Copertura Morte $R = (Pn \text{ vita} / N) \times K$
- Premio Coperture Danni (Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'impiego) $R = ((Pn \text{ danni} \times 0,975) / N) \times K$

dove:

- **R** è il rimborso
- **Pn vita** è il premio versato per la Copertura Morte

- **Pn danni x 0,975** è il premio versato per le Coperture Danni (Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'impiego) al netto delle imposte versate
- **N** è la durata originaria del Contratto di Finanziamento espressa in mesi interi
- **K** è la durata residua del Contratto di Finanziamento espressa in mesi interi.

In caso di estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento. In caso di Sinistro verrà liquidata la prestazione come previsto all'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che segue.

ART. 10 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni è la Contraente che accetta.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione:

- in caso di decesso dell'Assicurato, dei suoi eredi legittimi e testamentari, salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato tramite apposita comunicazione da presentare alla Compagnia di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile;
- in caso di Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego dell'Assicurato, dell'Assicurato stesso.

Se il sinistro si verifica dopo che il Contratto di Finanziamento sia stato oggetto di anticipata estinzione totale ovvero dopo che sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente e la Copertura Assicurativa sia rimasta in vigore:

- in caso di decesso dell'Assicurato, la somma sarà liquidata ai suoi eredi legittimi e testamentari salvo diversa designazione effettuata dallo stesso tramite apposito Modulo da presentare alla Compagnia di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile;
- in caso di Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego dell'Assicurato, la somma sarà liquidata all'Assicurato stesso.

In caso di estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento. In caso di decesso dell'Assicurato o in caso di Sinistro nel corso della durata contrattuale la prestazione assicurativa verrà liquidata come riportato ai precedenti capoversi.

ART. 11 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o gli aventi diritto devono compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Contraente o presso il numero verde e inviarli all'indirizzo e secondo le modalità ivi riportate, con allegata la documentazione richiesta. Inoltre:

- per informazioni sui Sinistri relativi alla Garanzia Morte gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 113 085
- per informazioni relative ai Sinistri Danni (Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'impiego) l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800 123 776 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 17:00.

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

Le Compagnie di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di finanziamento. 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 Compagnie di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultime.

La Compagnia di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

ART. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alle Compagnie 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. 13 - PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Verificatosi l'evento assicurato, la Compagnia di Assicurazione provvederà ad effettuare il pagamento relativo alla prestazione garantita dal presente Contratto di Assicurazione entro i termini previsti dall'Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

Qualora l'importo della prestazione assicurativa sia superiore al Debito residuo al momento della liquidazione l'eccedenza verrà liquidata come riportato nell'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI".

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la Copertura Assicurativa può cumularsi con altre assicurazioni prestate dalla Compagnia di Assicurazione.

ART. 15 - 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. 16 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e, se richiesto, 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 Compagnie di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della stessa.

ART. 17 - LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile è quella italiana.

ART. 18 - COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni inviate alle Compagnie di Assicurazione da parte dell'Assicurato, con riferimento alle Convenzioni dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte delle Compagnie di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio indicato alla Contraente o a quello successivamente comunicato, a pena di inopponibilità, dall'Assicurato.

ART. 19 - RECLAMI

Eventuali reclami inerenti il Programma Assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a:

- Per la Copertura Morte: AVIPOP VITA S.p.A. - Servizio Reclami - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano (Italia) n. di fax 02 2775245 - Indirizzo e-mail: cureclami@avivaitalia.it
- Per le Coperture Danni (Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'impiego): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Servizio Reclami - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano (Italia) n. di fax 02 2775245 - Indirizzo e-mail: cureclami@avivaitalia.it

specificando in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati.

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:

I.S.V.A.P. - Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA

(Italia) tel. 06/421331 - fax 06/42133545.206

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere: i dati del reclamante, l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società 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.

ART. 20 - CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal contratto di assicurazione. Nel caso in cui la Copertura Assicurativa sia rimasta in vigore, dopo l'anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento ovvero dopo che sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente, l'Assicurato potrà cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione.

ART. 21 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 22 - FORO COMPETENTE

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

ART. 23 - 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. 24 - CONTROVERSIE

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 della copertura prestata 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.

ART. 25 - TERMINI DI DECADENZA

Ogni diritto nei confronti delle Compagnie di Assicurazione si prescrive entro il termine di due anni 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 Compagnie di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

SEZIONE A - ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE (Garanzia prevista per tutti gli Assicurati)

ART. 26 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Il presente Programma Assicurativo 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 75° 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 della

Compagnia di Assicurazione della prestazione assicurata alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura -, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 27 “ESCLUSIONI”.

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie e non potrà superare l'importo di Euro 50.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 “LIMITI DI INDENNIZZO”.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Programma Assicurativo, non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia di Assicurazione e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione ai Beneficiari come previsto dall'Art. 10 “BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI” e dall'Art. 13 “PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI” che precedono.

ART. 27 - 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 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;
- 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;
- i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e, solo per le garanzie prestate senza visita medica, malattie già in essere alla data di effetto della sottoscrizione del “Modulo di Adesione”;
- 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 avvenuto 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 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

In questi casi la Compagnia di Assicurazione restituirà all'Assicurato, anche per conto della Contraente, la parte di Premio per la Copertura Morte corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la formula riportata alla fine dell'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" che precede.

Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

ART. 28 - DENUNCIA DI SINISTRO

In caso di decesso dell'Assicurato l'avente causa dovrà denunciare il sinistro nel più breve tempo possibile per iscritto a AVIPOP VITA S.p.A. Ufficio Liquidazioni, V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano, allegando al modulo, di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia della Dichiarazione di adesione al Programma Assicurativo comprensivo della dichiarazione di buono stato di salute;
- copia del Contratto di Finanziamento;
- copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato;
- evidenza della situazione del debito residuo in capo all'Assicurato alla data del decesso dello stesso comunicata dall'Intermediario tramite il quale è stato acceso il Contratto di Finanziamento;
- relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del Decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative al primo ricovero subito dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso

Inoltre, in presenza di particolari esigenze istruttorie e, al fine di integrare le risultanze già acquisite, la Compagnia di Assicurazione si riserva di richiedere eventuale ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per la definizione della circostanze in cui si è verificato il Decesso dell'Assicurato, quali :

- Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche
- Verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del Decesso da presentarsi nel caso in cui la morte sia avvenuta in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio;
- Decreto di Chiusura Istruttoria emesso dalla Procura della Repubblica

In caso di Decesso dell'Assicurato:

- qualora l'importo della prestazione assicurativa sia superiore al Debito residuo al momento della liquidazione;
- dopo che il Contratto di Finanziamento sia stato oggetto di anticipata estinzione totale o sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente e la Copertura Assicurativa sia rimasta in vigore

la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori - qualora essi siano minorenni o privi di capacità di agire - dovrà inviare alla Compagnia di Assicurazione anche la seguente documentazione:
 - copia di un valido documento di identità;
 - copia del codice fiscale;
 - dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN.

- se l'Assicurato NON ha lasciato testamento: atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio, autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritti o quote di eredità);
- se l'Assicurato HA lasciato testamento: verbale di pubblicazione, copia autenticata del testamento dello stesso ed atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato nel quale sono indicati l'elenco degli eredi testamentari e l'elenco dei suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato con la specifica indicazione che tali eredi testamentari ed eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritti o quote di eredità;
- decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori o privi della capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Compagnia di Assicurazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento, il decreto può essere consegnato anche in copia autenticata.

SEZIONE B - ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (Garanzia attiva per tutti gli Assicurati)

ART. 29 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Invalidità Totale Permanente, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - l'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
- la Compagnia di Assicurazione abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore dell'Assicurato dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 31 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 30 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - in base alla Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve alla Contraente: - nel caso di Infortunio, alla data del Sinistro che ha generato l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio, - nel caso di Malattia, alla data della denuncia della Malattia che ha determinato l'Invalidità Totale Permanente da Malattia, così come calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del Contratto di Finanziamento, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e spese accessorie. Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'Infortunio o la data della diagnosi della Malattia che hanno provocato l'Invalidità Totale Permanente e la data di liquidazione del relativo Indennizzo, saranno rimborsati dalla Compagnia di Assicurazione fino ad un massimo di 2 mesi di interessi. 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. L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 50.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e dall'Art. 13 "PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI" che precedono.

ART. 31 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causata da:

- invalidità preesistenti, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di decorrenza;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 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, ecc.);
- effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o ,quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- malattie tropicali;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 32 - 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 malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- 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;
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo residuo del Finanziamento.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione oppure nel caso in cui la Copertura Assicurativa sia rimasta in vigore, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale ovvero al termine del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente, Beneficiario della prestazione sarà l'Assicurato.

In tal caso la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

SEZIONE C - ASSICURAZIONE PER INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (Garanzia attiva per i Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)

ART. 33 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - l'Indennizzo di cui al successivo Art. 34 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 35 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 34 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - in base alla Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.

L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00 come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza). Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia di Assicurazione è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - come previsto dall'Art. 10

“BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI” e dall’Art. 13 “PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI” che precedono.

ART. 35 - ESCLUSIONI

Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Inabilità Temporanea Totale se, al momento del Sinistro, l’Assicurato è Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore. Sono esclusi dall’oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:

- Conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data di decorrenza e già diagnosticati in tale data all’Assicurato;
- Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell’Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;
- Infortuni o Malattie causati all’Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l’uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall’Assicurato;
- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l’Assicurato abbia preso parte attiva;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- Infortuni o Malattie causati da 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, ecc.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall’Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l’Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d’Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l’Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all’Art. 3 “REQUISITI DI ASSICURABILITA” della presente Polizza.

ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di infortunio o malattia l’Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto alle Compagnie 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 identità dell’Assicurato;
- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- 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;

- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento;
- i 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).

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia 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 alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione oppure nel caso in cui la Copertura Assicurativa sia rimasta in vigore, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale ovvero al termine del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente, Beneficiario della prestazione sarà l'Assicurato.

In tal caso la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti sopraportati, dalla seguente documentazione:

- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ART. 37 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riquilificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.

SEZIONE D - ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO (Garanzia attiva per i Non Lavoratori)

ART. 38 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - l'Indennizzo di cui al successivo Art. 39 "INDENNIZZO" qualora:

- il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 40 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 39 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - in base alla Copertura per il caso di Ricovero e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento. L'Indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti

tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00 come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza).

Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia di Assicurazione è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e dall'Art. 13 "PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI" che precedono.

ART. 40 - ESCLUSIONI

La garanzia Ricovero Ospedaliero non è inoltre operante nei seguenti casi:

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- 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;
- 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;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- trasformazioni od assestamento energetici dell'atomo;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

ART. 41 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di ricovero da infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto ad AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. entro 60 giorni dal giorno di ricovero 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 del ricovero deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento inoltre deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", e deve essere corredata da:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;

- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;
- Copia del certificato del Pronto Soccorso;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- Dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione oppure nel caso in cui la Copertura Assicurativa sia rimasta in vigore, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale ovvero al termine del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente, Beneficiario della prestazione sarà l'Assicurato.

In tal caso la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia 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 alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

ART. 42 - DENUNCE SUCCESSIVE

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

SEZIONE E - ASSICURAZIONE PER PERDITA D'IMPIEGO (Garanzia attiva per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

ART. 43 - OGGETTO DELLA COPERTURA

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità;
- cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria

la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - l'Indennizzo di cui al successivo Art. 38 "INDENNIZZO" qualora:

- si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della Copertura nei termini di cui al precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24:00 della data termine del Periodo di Carenza di 90 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 46 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 44 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente – quale Beneficiario irrevocabile per la presente Copertura - in base alla Copertura per il caso di Disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento,

per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale e di interessi, dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento. L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00 come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

I sinistri verificatisi nei primi 90 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza).

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 90 giorni consecutivi di Disoccupazione dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia di Assicurazione è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Qualora la Compagnia di Assicurazione stia pagando le rate mensili e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente di ente privato dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia di Assicurazione della cessazione dello stato di Disoccupazione.

In tal caso il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Qualora il contratto di lavoro dipendente di ente privato sia a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, qualora persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi.

ART. 45 - ESCLUSIONI

Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Disoccupazione se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Lavoratore dipendente di Ente Pubblico. Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Disoccupazione se:

- 1) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di ente privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 2) alla Data di decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- 3) la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- 4) la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- 5) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto" (ex Co. Co. Co.);
- 6) l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- 7) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- 8) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
- 9) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- 10) la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Temporanea Totale;
- 11) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;

- 12) l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART. 46 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 45 "INDENNIZZO", l'Assicurato entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, comunicare ad AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. la propria disoccupazione e deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- Dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia di Assicurazione le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa. L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia di Assicurazione in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione oppure nel caso in cui la Copertura Assicurativa sia rimasta in vigore, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale ovvero al termine del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e la Contraente, Beneficiario della prestazione sarà l'Assicurato.

In tal caso la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti sopraportati, dalla seguente documentazione:

- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ART. 47 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza di 90 giorni, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente di ente privato a tempo determinato o indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Nel caso in cui l'Assicurato, durante il periodo di erogazione della prestazione, si impieghi con un contratto a tempo determinato di durata non superiore a 6 mesi, la Compagnia di Assicurazione provvederà a sospendere l'erogazione della prestazione ed a riprenderla al termine del periodo di lavoro a tempo determinato senza aprire un nuovo Sinistro per i mesi restanti al raggiungimento di 12 mensilità nel corso della durata contrattuale.

3. GLOSSARIO

- **Assicurato:** il soggetto persona fisica di età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti che ha stipulato un Contratto di Prestito Personale (Contratto di Finanziamento) e che ha aderito al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposita Dichiarazione di Adesione e pagando il premio.
- **Beneficiario:**
Beneficiario delle prestazioni è la Contraente che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione, quando si verifica il Sinistro.
- **Carenza:** periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, le Compagnie di Assicurazione non corrispondono la prestazione assicurata.
- **Compagnia di Assicurazione:**
 - Per le coperture danni (Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Compagnia del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano – Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP N. 2388 del 9 novembre 2005 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01979370036.
 - Per la copertura morte: AVIPOP VITA S.p.A. - Compagnia del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP N. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 05913510961.
- **Contraente:** AGOS-DUCATO S.p.A. – 20100 Milano, Via Bernina 7, Società presso la quale è stato richiesto il Contratto di Finanziamento e che stipula i contratti collettivi di assicurazione con le Compagnie di Assicurazione, per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Finanziamento:** il Contratto di Finanziamento - al quale si riferisce il Programma Assicurativo oggetto della presente polizza - con il quale la Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Contraente secondo un piano di ammortamento alla francese prestabilito al momento di erogazione del Finanziamento e di durata compresa tra 6 e 120 mesi. L'eventuale periodo di preammortamento previsto dal Contratto di Finanziamento non può essere superiore a 3 mesi.
- **Copertura Assicurativa:** la garanzia assicurativa concessa dalle Compagnie di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte della quale le Compagnie di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.
- **Decorrenza:** le coperture assicurative decorrono dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Programma Assicurativo a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del Finanziamento, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del Finanziamento.
- **Decesso** Il decesso è la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni di polizza.
- **Debito residuo:** quanto residua in linea capitale, a favore della Contraente, relativamente al Contratto di Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento alla francese, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
- **Disoccupazione:** lo stato dell'Assicurato, Lavoratore Dipendente, qualora egli: abbia cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia, o nelle liste di mobilità regionali o percepisca un'indennità derivante da Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria; non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.
- **Durata della Copertura Assicurativa** Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza del Contratto e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed ha validità la Copertura Assicurativa.
- **Ente Privato:** ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

- **Ente Pubblico:** ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.
- **Inabilità Temporanea Totale (ITT):** la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa, a seguito di Infortunio o Malattia.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalle Compagnie di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza, a seguito del verificarsi di un sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, alla riduzione o all'estinzione del debito residuo del Finanziamento.
- **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.
- **Invalidità Permanente Totale (IPT):** la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, 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 66% 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". La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.
- **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 (così come indicata nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) 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 13 D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto di Finanziamento le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi).
- **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**
E' 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 sanitario Nazionale.
- **Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

- **Normale Attività Lavorativa:** l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.
- **Perdita d'Impiego:** la perdita da parte dell'Assicurato dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendente quindi dalla sua volontà o colpa, che generi lo stato di Disoccupazione.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, per Perdita d'Impiego oppure per Ricovero Ospedaliero, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Totale Temporanea, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita d'Impiego o Inabilità Totale Temporanea.
- **Polizze:** le Polizze Collettive n. 2607 e n. 50045, stipulate da AGOS-DUCATO S.p.A., rispettivamente con AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. e AVIPOP VITA S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Generali, cui abbia aderito l'Assicurato sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo.
- **Premio:** le somme dovute alle Compagnie di Assicurazione, a fronte delle coperture assicurative prestate. Il premio viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione.
- **Programma Assicurativo:** l'insieme delle coperture assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione.
- **Pubblica Amministrazione:** ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale.
- **Rata Mensile** È la Rata Mensile del Contratto di Finanziamento come calcolata dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento alla francese rilasciato all'Assicurato. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero Perdita d'Impiego saranno determinati in ogni caso su base mensile.
- **Ricovero Ospedaliero :** la degenza ininterrotta e con pernottamento in un Istituto di Cura resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.
- **Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

INFORMATIVA PRIVACY E INFORMATIVA SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

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

Le nostre aziende devono acquisire (o già detengono) alcuni dati relativi agli interessati (Contraenti e Assicurati).

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

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

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

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

Le Compagnie di Assicurazione chiedono, quindi, agli interessati di esprimere il consenso - contenuto nella Proposta-Certificato - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

Per i servizi e prodotti assicurativi, le nostre Compagnie di Assicurazione hanno necessità di trattare anche dati "sensibili" (art. 4, comma 1, lett. d, del Codice in materia di protezione dei dati personali), in particolare quelli idonei a rilevare lo stato di salute, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi - come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri -. Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

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

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

AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – Viale Abruzzi 94 – 20131 Milano

AVIPOP VITA S.p.A. – Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447

Senza tali, dati le nostre Compagnie di Assicurazione non potrebbero fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte. Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge (lo prevede, ad esempio, la disciplina antiriciclaggio).

MODALITA' D'USO DEI DATI

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

conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela.

I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Le Compagnie di Assicurazione utilizzano le medesime modalità anche quando comunicano, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

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

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

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

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

AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – Viale Abruzzi 94 – 20131 Milano

AVIPOP VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447,

ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

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

Le Compagnie di Assicurazione informano, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

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

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

- Servizio Privacy – AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – Viale Abruzzi 94 – 20131 Milano (il cui Direttore Generale pro-tempore è responsabile del trattamento dei dati personali per l'Area Industriale)
- Servizio Privacy - AVIPOP VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474 – email privacy_vita@avivaitalia.it (il cui Direttore Generale è responsabile del trattamento dei dati personali, per l'Area Industriale Assicurativa)

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO
ABBINATA AI PRESTITI PERSONALI POLIZZA COLLETTIVA NR. 2607 / 50045
FINANZIAMENTO N°.....

FAC SIMILE

ASSICURATO

Cognome e nome
Codice Fiscale
Comune di nascita Data di nascita Sesso
Indirizzo C.a.p. – Città – Provincia
Identificato con il seguente documento Numero
Rilasciato da Luogo il
Professione Attività economica: Gruppo/Ramo Sottogruppo

L'importo del premio da corrispondere risulta dalla domanda di Finanziamento di cui la presente dichiarazione di adesione è parte integrante.

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 Codice Civile il sottoscritto dichiara di approvare specificamente i seguenti articoli delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione: Artt. 26-29-33 38-43 (Prestazioni /Oggetto della Copertura);- Art.3 (Requisiti di Assicurabilità); Art. 4 (Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio)- Art. 5 (Decorrenza e durata del Programma Assicurativo);- Artt. 11-28-32-36-40-46 (Denuncia di sinistro ed obblighi relativi);- Art. 10 (Beneficiari delle prestazioni); - Artt. 27-31-35-40-45 (Esclusioni); - Artt. 24 (Controversie); - Art. 20 (Cessione dei Diritti); - Art. 22 (Foro Competente)

DATA

FIRMA DEL CLIENTE

ASSICURAZIONE FACOLTATIVA

DICHIARAZIONI DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il sottoscritto dichiara di aderire al Programma Assicurativo e di aver ricevuto e preso preventiva conoscenza del Fascicolo Informativo e dell'Informativa sulla privacy e dà il proprio consenso ad Avipop Assicurazioni S.p.A. e ad Avipop Vita S.p.A. ai fini del trattamento dei dati personali.

Consapevole che le condizioni di buono stato di salute risultanti dalle dichiarazioni di seguito riportate costituiscono condizione essenziale di assicurabilità, dichiara inoltre:

- di non essere/essere stato/i affetto/i da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che hanno comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività negli ultimi 3 anni, per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza);
- di non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi;
- di non essere in attesa di ricovero e non esser stato/i ricoverato/i durante gli ultimi 5 anni (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica);
- di non essere/essere stato/i affetto/i da una malattia acuta o cronica (esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardiovascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, bronco pneumopatia cronica ostruttiva) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
- di essere consapevole che eventuali dichiarazioni inesatte, non veritiere o reticenti, relative a circostanze che incidono sulla valutazione del rischio, comprometteranno il diritto alla prestazione assicurativa, ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile.

Prende atto che le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione della presente dichiarazione, a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del finanziamento, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del finanziamento.

Autorizza l'addebito del premio unico assicurativo nella misura indicata nel riquadro relativo alle condizioni economiche alla voce Assicurazione vita/infortuni facoltativa.

Dichiara di essere a conoscenza che Beneficiario irrevocabile delle prestazioni è Agos-Ducato S.p.A. fino ad estinzione del debito residuo.

DATA

FIRMA DEL CLIENTE

Avipop Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 33.000.000,00 (i.v.) - deliberato e sottoscritto Euro 43.500.000,00 - 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 Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 17.000.000,00 (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



Avipop Assicurazioni S.p.A.

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



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



Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 33.000.000,00 (i.v.) - deliberato e sottoscritto Euro 43.500.000,00 - 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.

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204

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



Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 17.000.000,00 (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