

COPERTURA ASSICURATIVA CREDITOR PROTECTION ABBINATA AI PRESTITI FINALIZZATI

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALL'ASSICURATO

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 2733-2734 stipulata tra DUCATO S.P.A. e AVIPOP ASSICURAZIONI S.P.A. e della Polizza Collettiva n° 50046 stipulata tra DUCATO S.P.A. e AVIVA PREVIDENZA S.P.A. sono depositati presso le sedi di tutte le Società anzidette.

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

- **Assicurato:** il soggetto persona fisica che ha stipulato un Contratto di Prestito Finalizzato, (Contratto di Finanziamento) e che ha aderito al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposita Dichiarazione di Adesione.
- **Beneficiario:** 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 Involontaria 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: AVIVA PREVIDENZA S.p.A. - Compagnia del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano - autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 17820 del 04/08/1988 (Gazzetta Ufficiale n. 205 del 01/09/1988) - Codice Fiscale n. 08745960156 Partita IVA 12648740152.
- **Contraente:** Ducato S.p.A. - 55100 Lucca, Via Carlo Angeloni n. 45, Società alla quale è stato richiesto il 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 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 predeterminato e di durata compresa tra 6 e 120 mesi e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente polizza.
- **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.
- **Debito residuo:** quanto residua in linea capitale, a favore della Contraente, relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, 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.
- **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 Contratto di Finanziamento.
- **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni:
 - l'asfissia non di origine morbosa;
 - gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 - l'annegamento;
 - l'assideramento o il congelamento;
 - i colpi di sole o di calore;
 - le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
 - gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.
- **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:** la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì 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).
- **Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
- **Morte:** decesso dell'Assicurato, avvenuto per qualunque causa, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni di polizza.
- **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 (PII):** 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 di 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.
- **Polizza:** le Polizze Collettive n. 2733-2734 e n. 50046, stipulate da Ducato S.p.A., rispettivamente con Avipop Assicurazioni S.p.A. e Aviva Previdenza SpA, disciplinata dalle seguenti Condizioni Generali a 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.
- **Ricovero Ospedaliero (RO):** 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.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALL'ASSICURATO

ART. 1 - GARANZIE

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

- Morte (in seguito definita D), per tutti gli Assicurati, prestata da AVIVA PREVIDENZA SpA;
- Invalidità Permanente Totale (in seguito definita IPT), per tutti gli Assicurati, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero (in seguito definita RO), solo per chi non esercita alcuna attività lavorativa, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro (in seguito definita ITT), solo per i lavoratori autonomi, dipendenti del settore pubblico, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Perdita Involontaria d'Impiego (in seguito definita PII), 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 Proposta-Certificato, 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 Involontaria 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 (D): l'Indennizzo 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 - alla data del decesso;
- Invalidità Permanente Totale (IPT): l'Indennizzo 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 - 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 (ITT): 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 Involontaria d'Impiego (PII): per ciascuna rata scadente durante il periodo di inattività comprovato, successivo al Periodo di Franchigia 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del finanziamento al momento del sinistro.
- Ricovero Ospedaliero (RO): in caso di Ricovero Ospedaliero perdurante oltre il Periodo di Franchigia di 7 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del 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:

- che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente;
- di età compresa tra 18 e 70 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;
- che abbiano sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella stessa.

Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento preveda anche la sottoscrizione di un soggetto in qualità di Garante, si considera Assicurato il soggetto che ha sottoscritto la Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo, sempre che, ricorrano le condizioni di assicurabilità di cui al precedente comma. 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 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. 4 - 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 finanziamento, altrimenti l'Assicurazione 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), nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 120 mesi.

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;
- anticipata estinzione 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).

ART. 5 - DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo entro 30 giorni dalla data di decorrenza del medesimo, 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 che provvederà a ridurre di pari importo il debito residuo dell'Assicurato.

ART. 6 - LIMITI DI INDENNIZZO

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. 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 Involontaria 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.

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti dei massimali di cui sopra da intendersi come massimali cumulativi per tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti, 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. 7 - 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 finanziamento - all'importo totale 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 (IPT - ITT - RO - PII)*	TOTALE
Da 6 a 84	2,23%	2,02%	4,25%
Da 85 a 120	2,22%	2,03%	4,25%

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

ART. 8 - ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE E PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o IPT ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente. Il Contratto 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.

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

Nel caso di mantenimento in vigore della Copertura Assicurativa dovranno essere inviati alle Compagnie di Assicurazione, i seguenti documenti:

- la Contraente dovrà inviare la comunicazione dell'anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento o del termine del rapporto obbligatorio con l'Assicurato;
- la Contraente dovrà fornire una dichiarazione di rinuncia al beneficio irrevocabile.

Per la Copertura 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; 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.

Per le Coperture danni (Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego) Beneficiario delle prestazioni sarà l'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'Assicurato opti per annullare la Copertura Assicurativa, dovrà essere inviato alle Compagnie di Assicurazione il seguente documento:

- 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 relativo 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 finanziamento espressa in mesi interi
- **K** è la durata residua del Finanziamento espressa in mesi interi.

ART. 9 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

- Morte: il beneficio della prestazione assicurata spetta alla Contraente che lo accetta e potrà utilizzare l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre/estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento. Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al debito residuo al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione degli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato. Se l'evento si verifica dopo che il Contratto di Finanziamento sia stato oggetto di anticipata estinzione non conseguente a Sinistro ovvero sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente e l'Assicurato abbia optato per mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, la somma sarà liquidata, ai 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.
- Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego: l'Indennizzo sarà corrisposto alla Contraente, che opera in qualità di mandatario di pagamento dell'Assicurato; la Contraente terrà indenne la Compagnia di Assicurazione da ogni pretesa avanzata in relazione alla Copertura Assicurativa. La Contraente potrà utilizzare l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre il

debito residuo del Contratto di Finanziamento e, qualora tale importo fosse superiore al debito residuo, restituirà l'eccedenza all'Assicurato. Se l'evento si verifica dopo che il Contratto di Finanziamento sia stato oggetto di anticipata estinzione non conseguente a Sinistro ovvero sia venuto il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente e l'Assicurato abbia optato per mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, la somma sarà liquidata all'Assicurato.

ART. 10 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o gli aventi diritto devono compilare gli appositi moduli reperibili 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 relative ai Sinistri relativi alla Garanzia Morte (D) gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 113 085
- per informazioni relative ai Sinistri Danni (IPT, ITT, RO, PII) l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800 528 999 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 utilizzando i moduli prestampati forniti, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel modulo di denuncia. La Compagnia di Assicurazione ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro. La Compagnia di Assicurazione si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti o perizie mediche per verificare la fondatezza delle informazioni alla stessa comunicate. La Compagnia di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite in unica soluzione entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa richiesta comprovante il sinistro specificata agli Articoli "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

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, nei confronti delle Compagnie di Assicurazione e/o dei giudici eventualmente investiti dall'esame del Sinistro stesso.

ART. 11 - 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 della Dichiarazione di Adesione e delle Condizioni Contrattuali applicabili all'Assicurato. 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 Contraente stessa.

ART. 12 - LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile è quella italiana.

ART. 13 - 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. 14 - RECLAMI

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

- Per la Copertura Morte (D): AVIVA PREVIDENZA 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 (IPT-ITT-RO-PII): 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. 15 - 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 l'Assicurato abbia optato per mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, 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. 16 - 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.

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

ART. 17 - 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, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 18 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Contratto di 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, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti, tra l'Assicurato e la Contraente, alla data del Sinistro. 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 alla Contraente. 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 degli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

ART. 18 - ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 17 "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:

- a) partecipazione attiva dell'Assicurato a: delitti dolosi, fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, risse tranne per il caso di legittima difesa, atti di terrorismo e sabotaggio;

- b) 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 pilota o membro dell'equipaggio;
- c) suicidio che avvenga nei primi due anni dalla data di decorrenza della copertura;
- d) uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- f) 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 della Dichiarazione di Adesione;
- g) pratica di attività sportive professionistiche;
- h) pratica del paracadutismo o di sports aerei in genere;
- i) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altre patologie ad essa collegate i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- j) 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;
- k) 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;
- l) 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.

ART. 19 - DENUNCIA DI SINISTRO

In caso di decesso dell'Assicurato l'avente causa dovrà denunciare il sinistro nel più breve tempo possibile per iscritto a AVIVA PREVIDENZA S.p.A. Ufficio Liquidazioni, V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano, allegando al modulo, di cui al precedente Art. 10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- modulo di denuncia del sinistro;
- Dichiarazione di adesione al Programma Assicurativo;
- copia del Contratto di Finanziamento;
- evidenza della situazione del debito residuo in capo alla Contraente alla data del decesso dell'Assicurato comunicata dalla Contraente;
- Certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- Relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del decesso e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla patologia che causato il decesso;
- Copia di eventuali cartelle cliniche relative a ricoveri ospedalieri (in fotocopia);
- Certificato medico indicante la causa del decesso;

Peraltro, in presenza di particolari esigenze istruttorie ed al fine di integrare le risultanze già acquisite, la Compagnia di Assicurazione si riserva di richiedere ulteriore documentazione in relazione alle circostanze in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato, quali:

- 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 allo scopo di determinare l'indennizzabilità del sinistro;
- Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche.

Nel caso in cui la copertura assicurativa sia rimasta in vigore, in caso di decesso dell'Assicurato successivo all'anticipata estinzione totale del Contratto di finanziamento ovvero al termine del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- 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 e 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 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;
- 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.

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

ART. 20 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Invalidità Totale Permanente, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art. 21 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4 "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. 21 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 22 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 21 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente 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, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti, tra l'Assicurato e la Contraente, alla data del Sinistro.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 22 - ESCLUSIONI

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

- 1) invalidità preesistenti, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di decorrenza;
- 2) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- 3) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 4) 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;
- 5) 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;
- 6) partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- 7) 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;
- 8) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- 9) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 10) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 11) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 12) 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.);
- 13) effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- 14) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- 15) connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- 16) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- 17) malattie tropicali;
- 18) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio;
- 19) 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. 23 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto ad AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne hanno avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C. ed allegare al modulo, specificato al precedente Art. 10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- evidenza della situazione del debito residuo in capo alla Contraente alla data del sinistro dell'Assicurato comunicata dalla Contraente;
- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- notifica di Invalidità Totale Permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.); in difetto di relazione, del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente, il relativo grado e la causa della stessa;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia di Assicurazione potrà richiedere 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 stessa.

Nel caso in cui la copertura assicurativa sia rimasta in vigore, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale del Contratto di finanziamento ovvero al termine del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ART. 24 - CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia di Assicurazione insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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

ART. 25 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art.26 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4 "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. 27 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 26 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente 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.

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.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 27 - 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:

1. Conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data di decorrenza e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
2. 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;
3. 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;
4. Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
5. Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
6. Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
7. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
8. 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.);
9. eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
10. 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;

11. 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;
12. 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;
13. 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;
14. 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. 28 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa 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., ed allegare al modulo, di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento;
- copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- 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.

Nel caso in cui la copertura assicurativa sia rimasta in vigore, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale del Contratto di finanziamento ovvero al termine del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ART. 29 - 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 Riqualficazione 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.

ART. 30 - CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia di Assicurazione insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Temporanea Totale, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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

ART. 31 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art.32 "INDENNIZZO" qualora:

- il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4 "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. 33 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 32 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente 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. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 7 giorni. 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.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Ricovero è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 33 - ESCLUSIONI

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

- 1) 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;
- 2) 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;

- 3) 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);
- 4) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- 5) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 6) contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- 7) dolo dell'Assicurato;
- 8) 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;
- 9) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 10) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- 11) alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 12) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- 13) cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- 14) trasformazioni od assestamento energetici dell'atomo;
- 15) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

ART. 34 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto ad AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. entro 60 giorni dalla data del ricovero o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. ed allegare al modulo, di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento ;
- Copia del certificato del Pronto Soccorso;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fin no a quello attestante la guarigione;
- Dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento;
- Copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- Attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore.

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.

Nel caso in cui la copertura assicurativa sia rimasta in vigore, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale del Contratto di finanziamento ovvero al termine del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ART. 35 - 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.

ART. 36 - CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia di Assicurazione insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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

ART. 37 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Disoccupazione, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente 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. 4 "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. 39 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 38 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente 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. 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 l'Assicurato stia ricevendo dalla Compagnia di Assicurazione il pagamento dell'indennizzo ed intraprenda un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente 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 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.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Disoccupazione è la Contraente, la quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 39 - 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 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. 40 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 38 "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.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento ;
- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione, di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

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.

Nel caso in cui la copertura assicurativa sia rimasta in vigore, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale del Contratto di finanziamento ovvero al termine del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ART. 41 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 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 ed abbia superato il periodo di prova. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia di Assicurazione in relazione a una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.

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 AVIVA PREVIDENZA 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 consortili propri del settore assicurativo, ISVAP, CIRT, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi

pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie quali INPS, INPGI, Forze dell'ordine ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

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

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

AVIVA PREVIDENZA 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

AVIVA PREVIDENZA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447,

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

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

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 - AVIVA PREVIDENZA 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)