

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA AI MUTUI - FINANZIATA

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa sulla Privacy e sulle Tecniche di Comunicazione a Distanza;
- Modulo di Adesione.

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO 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. MODULO DI ADESIONE

1. NOTA INFORMATIVA

1.1 NOTA INFORMATIVA – COPERTURA CASO MORTE

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA AI MUTUI - FINANZIATA

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

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 12/6/2009.

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 49,99% da Holding di Partecipazioni Finanziarie Banco Popolare S.p.A.. Il prodotto viene distribuito dalle Banche del Gruppo Banco Popolare.

La Compagnia di Assicurazione, opera in ogni circostanza in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e si impegna ad ottenere per i Contraenti 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 Contratto in forma collettiva operante in applicazione di **due Polizze Collettive nr. e nr., stipulate** tra la Contraente e, rispettivamente, AVIPOP VITA S.p.A. ed AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A..

La polizza collettiva stipulata con AVIPOP VITA S.p.A. - 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 nell'apposita Nota Informativa.

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, che residua dal rapporto di Finanziamento in essere tra l'Assicurato e la Contraente.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 500.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 500.000,00 gli indennizzi saranno liquidati 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 70 anni non compiuti, clienti della Contraente e intestatari di Finanziamenti con piano di ammortamento alla francese concessi dalla Contraente. Ciascun Assicurato aderisce alla Polizza Convenzione sottoscrivendo il Modulo di Adesione e corrispondendo il Premio.

Più precisamente la Polizza Collettiva presuppone:

- un unico Contraente, un'unica Polizza Collettiva (Contratto) e tante coperture assicurative per 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 oppure, in caso di cointestazione del finanziamento, possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche per ciascun Contratto:
 - con la possibilità di ripartire la somma assicurata in proporzioni di volta in volta definibili fra i cointestatari;oppure:
 - ogni cointestatario potrà essere assicurato pro quota (con capitale assicurato in parti uguali);oppure:
 - uno dei cointestatari potrà essere assicurato per l'importo totale del finanziamento.

Nel caso di più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento, la mancata accettazione da parte della Compagnia di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo del finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'ammissione alla Copertura Assicurativa.

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 della Copertura Assicurativa.

La durata della Copertura Assicurativa, espressa in mesi interi, coincide sempre con la durata del contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 1 anno e massimo di 35 anni.

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 insolte.

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 delle prestazioni, 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 insolte – verrà corrisposta previa comunicazione documentata della Contraente dell'importo del Debito residuo alla data di Decesso dell'Assicurato.

In caso di cointestazione del Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Debito residuo: pertanto la Compagnia di Assicurazione liquiderà alla Contraente, in caso di Decesso dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del decesso dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento alla Data di decorrenza della copertura assicurativa.

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 Contraente 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 ovvero nei casi di surroga del Finanziamento 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 apposito Modulo da presentare alla Compagnia di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

Nel caso in cui, alla data di scadenza della Copertura Assicurativa, 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;**
- **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.viaggiare Sicuri.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, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO".

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di adesione relative alla compilazione del Questionario Sanitario.

4. PREMIO UNICO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un premio unico ed anticipato, per la Copertura Assicurativa prestata dalla Compagnia di Assicurazione.

Il premio è calcolato in percentuale del capitale assicurato in base alla durata del finanziamento.

Tale premio viene versato dall'Assicurato al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze collettive abbinate al Contratto di finanziamento, mediante trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza apposito mandato all'incasso.

L'importo del premio unico relativo alla Copertura Morte viene determinato moltiplicando il tasso per la durata del finanziamento (in numero di mesi interi) e il prodotto così ottenuto per l'importo totale del finanziamento richiesto. Di seguito viene riportato il tasso di premio:

Copertura Morte	0,02111%
-----------------	----------

Nel Modulo di adesione viene indicato l'importo del Premio unico da corrispondere per ogni Assicurato. In caso di cointestazione con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, il Premio per ogni Assicurato è calcolato sulla base della quota percentuale dell'importo totale del Finanziamento relativa ad ogni Assicurato.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento o di modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del 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 (anni)				
Età'	5	10	15	20	25
30	633,30	1.266,60	1.899,90	2.533,20	3.166,50
35	633,30	1.266,60	1.899,90	2.533,20	3.166,50
40	633,30	1.266,60	1.899,90	2.533,20	3.166,50
45	633,30	1.266,60	1.899,90	2.533,20	3.166,50
50	633,30	1.266,60	1.899,90	2.533,20	3.166,50

Capitale Assicurato: Euro 100.000,00

	Durata (anni)				
Età'	5	10	15	20	25
30	1.266,60	2.533,20	3.799,80	5.066,40	6.333,00
35	1.266,60	2.533,20	3.799,80	5.066,40	6.333,00
40	1.266,60	2.533,20	3.799,80	5.066,40	6.333,00
45	1.266,60	2.533,20	3.799,80	5.066,40	6.333,00
50	1.266,60	2.533,20	3.799,80	5.066,40	6.333,00

Capitale Assicurato: Euro 200.000,00

	Durata (anni)				
Età'	5	10	15	20	25

30	2.533,20	5.066,40	7.599,60	10.132,80	12.666,00
35	2.533,20	5.066,40	7.599,60	10.132,80	12.666,00
40	2.533,20	5.066,40	7.599,60	10.132,80	12.666,00
45	2.533,20	5.066,40	7.599,60	10.132,80	12.666,00
50	2.533,20	5.066,40	7.599,60	10.132,80	12.666,00

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 48% del Premio unico versato.

La quota parte percepita dai distributori, è pari al 45% del Premio unico versato.

6. MISURE E MODALITÀ DI EVENTUALI SCONTI

Ai sottoscrittori del presente Contratto, che sono Soci della Banca, sono riservate condizioni agevolate.

L'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" viene parzialmente derogato, il tasso da applicare per i Soci della Banca è pari a:

Copertura Morte	0,01854%
-----------------	----------

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 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 SEQUESTRAIBILITÀ

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 CONTRATTO

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, se successiva, dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione sempre che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto..

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 l'accettazione della Copertura Assicurativa da parte della Compagnia di Assicurazione – sono in ogni caso subordinate:

- alla sottoscrizione della “DICHIAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO”, presente nel Modulo di adesione;

ovvero

- alla sottoscrizione dell'eventuale Questionario Sanitario e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato nei termini previsti dall'ART. 3 “REQUISITI DI ASSICURABILITÀ” delle Condizioni di Assicurazione.

La Compagnia di Assicurazione, relativamente al Questionario Medico ed alla Visita Medica, 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.

Nel caso di più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento, la mancata accettazione da parte della Compagnia di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo del Finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'ammissione alla Copertura Assicurativa.

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, che:

- sottoscriva un Contratto di finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 1 anno e non superiore a 35 anni. Gli importi massimi assicurabili sono riportati al punto 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE che precede;
- di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni.

8.4 DURATA CONTRATTUALE

Per durata contrattuale si intende l'arco di tempo che intercorre tra la Data di decorrenza e la data di scadenza della Copertura Assicurativa e durante la quale è operante la prestazione prevista dalla Copertura stessa.

La durata della Copertura Assicurativa caso morte espressa in mesi interi, coincide sempre con la durata originaria del contratto di finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 1 anno e massimo di 35 anni. La durata del contratto di finanziamento è comunicata alla Compagnia di Assicurazione dalla Contraente.

In caso di modifica della durata del Finanziamento o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

8.5 BENEFICIARI

La Contraente è la Beneficiaria irrevocabile, in caso di Decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, alla quale viene liquidato dalla 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 Contraente 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 ovvero nei casi di surroga del Finanziamento 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 apposito Modulo da presentare alla Compagnia di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento o di modifica della durata o della rinegoziazione dello stesso la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del 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 alla Banca e l'eccedenza rispetto al debito residuo verrà 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.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

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

- a) estinzione anticipata del finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Morte o per Invalidità Permanente Totale; nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso;
- b) alla data di scadenza originaria del Contratto di finanziamento;
- c) compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- d) esercizio del diritto di recesso;
- e) anticipata estinzione totale del Finanziamento (nel caso in cui l'Assicurato opti per annullare la Copertura Assicurativa unitamente a tutti gli altri Assicurati in caso di cointestazione del Finanziamento);

- f) surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Assicurato opti per annullare la Copertura Assicurativa unitamente a tutti gli altri Assicurati in caso di cointestazione del Finanziamento);
- g) accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C..

10. ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Permanente Totale, ovvero nei casi di surroga del Finanziamento, l'Assicurato ha la possibilità di:

- mantenere in vigore la Copertura Assicurativa;
ovvero
- annullare la Copertura Assicurativa dalla data di anticipata estinzione /surroga del Contratto di Finanziamento.

In caso di accollo del Contratto di Finanziamento, la Copertura Assicurativa viene sempre annullata dalla data di accollo del Contratto di Finanziamento.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento o di modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del Finanziamento. In caso di decesso dell'Assicurato verrà liquidata ai Beneficiari la prestazione come previsto al punto 8.5 "BENEFICIARI" che precede.

Nel caso in cui l'Assicurato scelga di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, la Contraente dovrà inviare alla Compagnia di Assicurazione i seguenti documenti:

- comunicazione dell'anticipata estinzione/surroga del Contratto di Finanziamento;
- dichiarazione di rinuncia al beneficio irrevocabile.

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 salvo diversa disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

Nel caso in cui l'Assicurato scelga di annullare la Copertura Assicurativa o in caso di accollo del Contratto di Finanziamento, lo stesso dovrà inviare alla Compagnia di Assicurazione la 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, congiuntamente alla Contraente per il tramite della stessa, la parte di Premio corrispondente relativo al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formulazione:

$$R = (Pn \text{ vita} / N) \times K$$

dove

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

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 può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e

compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare alla Compagnia di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del Modulo di recesso, al seguente indirizzo:
AVIPOP VITA S.p.A. Viale Abruzzi, 94 20131 Milano.

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.

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 ED OBBLIGHI RELATIVI" 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 CONTRATTO

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

15. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

Il Contratto 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 a:

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.

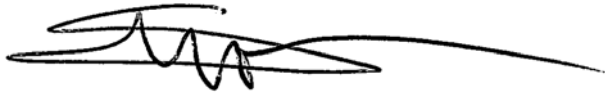
18. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

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 Contratto.

* * * * *

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



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

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. 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 48% del Premio unico versato.

La quota parte percepita dai distributori, è pari al 45% del Premio unico versato.

2.2 Misure e Modalità di Eventuali Sconti

Ai sottoscrittori del presente Contratto, che sono soci della Banca, sono riservate condizioni agevolate.

L'Art.9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" viene parzialmente derogato, il tasso da applicare per i Soci della Banca è pari a:

Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego)	0,00606% (*)
--	--------------

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

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 CONTRATTUALI

I testi integrali della Polizza Collettiva n° stipulata tra e AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. e della Polizza Collettiva n°..... stipulata trae AVIPOP VITA S.p.A. sono depositati presso la sede della Contraente..... e, rispettivamente, presso le sedi di AVIPOP ASSICURAZIONI SPA e AVIPOP VITA S.p.A.

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

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

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

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 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

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.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

E' assicurabile ciascuna persona fisica:

- Che sottoscriva un Contratto di finanziamento con la Contraente di durata compresa tra 1 anno ed i 35 anni. Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue;
- di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni;
- abbia sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia intestatario o cointestatario di più Finanziamenti assicurati) e dell'età, secondo la tabella seguente:
 - 1) sottoscritto una Dichiarazione di Buono stato di salute;
 - 2) compilato un Questionario Medico;
 - 3) effettuato una Visita Medica e gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dalla Compagnia di Assicurazione.

Nel caso in cui l'Assicurato non ritenga di poter sottoscrivere la Dichiarazione di Buono stato di salute, provvederà alla compilazione del Questionario Medico. Il costo della visita e degli accertamenti medici è a totale carico dell'Assicurato.

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età all'adesione da 18 a 60 anni compiuti	Età all'adesione da 61 a 65 anni compiuti	Età all'adesione da 66 a 70 anni non compiuti
Fino a € 200.000,00	Dichiarazione di Buono stato di	Questionario Medico	Visita medica

	salute		
Oltre € 200.000,00 - Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Questionario Medico	Visita medica
Oltre € 300.000,00 - Fino a € 500.000,00	Visita medica	Visita medica	Visita medica

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

- devono essere considerate anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con la Compagnia di Assicurazione;
- l'importo è da intendersi comprensivo anche del premio per le presenti Coperture Assicurative;
- l'importo è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia intestatario o cointestatario di più Finanziamenti assicurati.

Le Compagnie di Assicurazione, relativamente al Questionario Medico ed alla Visita Medica, si riservano 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 alle Compagnie di Assicurazione.

Si precisa che, in caso di cointestazione del finanziamento, possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche per ciascun Contratto:

- con la possibilità di ripartire la somma assicurata in proporzioni di volta in volta definibili fra i cointestatari;

oppure:

- ogni cointestatario potrà essere assicurato pro quota (con capitale assicurato in parti uguali);

oppure:

- uno dei cointestatari potrà essere assicurato per l'importo totale del finanziamento.

Nel caso di più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento, la mancata accettazione da parte della Compagnia di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo del finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'ammissione alla Copertura Assicurativa.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute.

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte o Invalidità Permanente Totale Euro 500.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati.
- Inabilità Temporanea Totale – Perdita d'Impiego – Ricovero Ospedaliero: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 500.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dalle Compagnie di Assicurazione all'atto della adesione alla Convenzione, devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute

dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione 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 del Modulo 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. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, se successiva, dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione sempre che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto..

La decorrenza della Copertura Assicurativa è comunicata alle Compagnie di Assicurazione dalla Contraente.

La durata della Copertura Assicurativa caso morte e della garanzia Invalidità Permanente Totale espressa in mesi interi, coincide sempre con la durata originaria del contratto di finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 1 anno e massimo di 35 anni. La durata del contratto di finanziamento è comunicata alle Compagnie di Assicurazione dalla Contraente.

Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego è prevista comunque una durata non inferiore ad 1 anno ed una durata massima di 10 anni. La garanzia Perdita d'Impiego ha inoltre termine alla data di pensionamento.

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- estinzione anticipata del finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Morte o per Invalidità Permanente Totale; nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di finanziamento;
- compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento (nel caso in cui l'Assicurato opti per annullare la Copertura Assicurativa unitamente a tutti gli altri Assicurati in caso di cointestazione del Finanziamento);
- surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Assicurato opti per annullare la Copertura Assicurativa unitamente a tutti gli altri Assicurati in caso di cointestazione del Finanziamento);
- accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C..

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il finanziamento e compilando l'apposito modulo; in alternativa dovrà inviare apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del modulo di recesso alle Compagnie di Assicurazione. 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. Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento le Garanzie cessano per tutti gli Assicurati.

ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario della prestazione caso morte è la Contraente che accetta.

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego è l'Assicurato stesso che conferisce mandato irrevocabile alla Contraente ad incassare ogni prestazione dovuta dalla Compagnia di Assicurazione per le presenti Coperture.

Gli importi versati dalle Compagnie 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 al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione:

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

In caso di estinzione parziale del Finanziamento o di modifica della durata o della rinegoziazione dello stesso la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del Finanziamento. In caso di Sinistro verrà liquidato dalla Compagnia di Assicurazione il Debito residuo calcolato alla data del Sinistro come sopra riportato.

Se il sinistro si verifica dopo che il Contratto di Finanziamento sia stato oggetto di anticipata estinzione o di surrogazione del Finanziamento e l'Assicurato abbia optato per mantenere in vigore la Copertura Assicurativa:

- in caso di decesso dell'Assicurato, la somma sarà liquidata ai suoi eredi legittimi e testamentari salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato 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.

ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un premio unico ed anticipato, per le Coperture Assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione.

Il premio è calcolato in percentuale del capitale assicurato in base alla durata del finanziamento.

Tale premio viene versato dall'Assicurato al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze collettive abbinate al Contratto di finanziamento, mediante trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza apposito mandato all'incasso.

L'importo totale del premio unico è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Morte e della componente del premio per le Coperture Danni. Per le Coperture Morte e Danni, il tasso moltiplicato per la durata del finanziamento (in numero di mesi interi), viene applicato all'importo totale del finanziamento richiesto. Di seguito vengono riportati i tassi di premio suddivisi per garanzia:

Copertura Morte	0,02111%
Coperture Danni (Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego)	0,00689% (*)

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

ART. 10 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuti a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Permanente Totale, ovvero nei casi di surroga del Finanziamento, l'Assicurato ha la possibilità di:

- mantenere in vigore la Copertura Assicurativa;

ovvero

- annullare la Copertura Assicurativa dalla data di anticipata estinzione/surroga del Contratto di Finanziamento.

In caso di accollo del Contratto di Finanziamento, la Copertura Assicurativa viene sempre annullata dalla data di accollo del Contratto di Finanziamento.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento o di modifica della durata o della rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del finanziamento. In caso di decesso dell'Assicurato verrà liquidata ai Beneficiari la prestazione come previsto all'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

Nel caso in cui l'Assicurato scelga di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, la Banca dovrà inviare alla Compagnia di Assicurazione i seguenti documenti:

- comunicazione dell'anticipata estinzione/surroga del Contratto di Finanziamento;
- dichiarazione di rinuncia al beneficio irrevocabile per la Copertura Caso Morte.

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 Banca. 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. In mancanza di designazione, la Compagnia di Assicurazione liquiderà la prestazione agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato salvo diversa disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

Per le Coperture danni (Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego) Beneficiario delle prestazioni sarà l'Assicurato stesso. La Compagnia di Assicurazione provvederà a corrispondere ai nuovi Beneficiari la prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato scelga di annullare la Copertura Assicurativa o in caso di accollo del Contratto di Finanziamento, lo stesso dovrà inviare alla Compagnia di Assicurazione la richiesta di restituzione del rateo di Premio non goduto tramite l'apposito Modulo disponibile presso la sede della Banca. La Compagnia di Assicurazione restituirà all'Assicurato, congiuntamente alla Contraente per il tramite della stessa, 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. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati presso la Filiale della Contraente compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro. Tale Modulo, completo della documentazione prevista, dovrà essere inoltrato alle Compagnie di Assicurazione ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Morte: AVIPOP VITA S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego): AVIPOP ASSICURAZIONI SpA - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.

L'Assicurato può rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri (sia per le Coperture Danni che per la Copertura Morte) al seguente numero verde:

SERVIZIO CLIENTI

N° Verde 800 123 776

dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00

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 queste 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 DEL SINISTRO".

L'Assicurato conferisce mandato irrevocabile alla Contraente, anche nell'interesse di quest'ultima, ad incassare ogni indennizzo dovuto dalla Compagnia di Assicurazione Avipop Assicurazioni S.p.A. in base alle Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego).

Conseguentemente, l'Assicurato riconosce fin da ora che la Compagnia di Assicurazione sarà liberata dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'indennizzo con il versamento del medesimo alla Banca e da quest'ultimo 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 al momento della liquidazione l'eccedenza verrà liquidata come riportato nell'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI".

ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 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 COMUNICAZIONI

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

ART. 17 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 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 Contraente stessa.

ART. 18 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 19 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 20 FORO COMPETENTE

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente Contratto di Assicurazione, foro competente sarà quello di residenza dell'Assicurato.

ART. 21 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. 22 RECLAMI

Eventuali reclami, riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto alle Compagnie di Assicurazione:

per la Copertura Morte ad:

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 e Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego) ad:

AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Servizio Reclami

Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano (Italia)

n. di fax 02 2775245

Indirizzo e-mail: cureclami@avivaitalia.it

L'Assicurato che non si ritenga pienamente 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

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. 23 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/surrogazione del Contratto di Finanziamento, l'Assicurato potrà cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione.

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.

LE GARANZIE ASSICURATIVE

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE (VALIDA PER TUTTI GLI ASSICURATI)

ART. 26 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 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. 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, che residua dal rapporto di finanziamento contratto dall'Assicurato verso la Banca.

In caso di cointestazione del Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Debito residuo: pertanto la Compagnia di Assicurazione liquiderà alla Contraente, in caso di Decesso dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del decesso dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento alla Data di decorrenza della copertura assicurativa.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 500.000,00 per Sinistro, come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Contratto di Assicurazione, 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 dagli Articoli Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e 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 della "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. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" che precede.

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

ART. 28 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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", la seguente documentazione:

- copia del Modulo di Adesione alla polizza assicurativa comprensivo della dichiarazione di buono stato di salute o del questionario medico
- copia autenticata dell'atto notarile del Contratto di Finanziamento
- copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal responsabile della filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento
- dichiarazione della banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo alla Contraente, alla data di decesso dell'Assicurato e sottoscritto dalla Contraente stessa
- 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

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento del decesso, oppure nel caso in cui la copertura assicurativa sia rimasta in vigore qualora il Decesso dell'Assicurato sia intervenuto successivamente all'anticipata estinzione totale/surroga del Contratto di Finanziamento, 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 (nel caso in cui coincida con il Contraente) 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 (nel caso in cui coincida con il Contraente) 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.

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA (VALIDA PER TUTTI GLI ASSICURATI)

ART. 29 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 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 mandataria di pagamento dell'Assicurato -, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 30 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute che residua dal rapporto di finanziamento contratto dall'Assicurato verso la Banca.

In caso di cointestazione del Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento, la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Debito residuo: pertanto la Compagnia di Assicurazione liquiderà alla Contraente - quale mandataria di pagamento dell'Assicurato -, in caso di sinistro, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del sinistro moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento alla Data di decorrenza della copertura assicurativa.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 500.000,00 per Sinistro, come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO". Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e Art. 13 "PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI" che precedono.

ART. 30 ESCLUSIONI

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

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

ART. 31 DENUNCIA DI 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", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione 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 l'Assicurato abbia optato per mantenere in vigore la copertura assicurativa, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale o alla

surrogazione del Contratto di finanziamento 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.

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA O INFORTUNIO (VALIDA PER I NON LAVORATORI ED I LAVORATORI DIPENDENTI DEL SETTORE PUBBLICO)

ART. 32 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero, la liquidazione mensile alla Contraente - quale mandataria di pagamento dell'Assicurato - di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di finanziamento, che hanno scadenza, durante il periodo del ricovero stesso, con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

La Copertura Assicurativa per il caso di ricovero è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni; qualora il ricovero avvenga nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta;
- ad un Periodo di Franchigia assoluta di 7 giorni.

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.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e Art. 13 "PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI" che precedono.

ART. 33 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Ricovero Ospedaliero causati da:

- 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. 34 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

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 di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

e deve essere corredata da:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore o di Dipendente Pubblico;
- 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 finanziamento.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore alla rata mensile al momento del sinistro o nel caso in cui l'Assicurato abbia optato per mantenere in vigore la copertura assicurativa, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale o alla surrogazione del Contratto di finanziamento 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.

ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO (VALIDA PER I LAVORATORI DIPENDENTI DEL SETTORE PRIVATO)

ART. 35 PRESTAZIONI ASSICURATE

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, liquiderà mensilmente alla Contraente - quale mandataria di pagamento dell'Assicurato - una somma, secondo le indicazioni del Contratto di finanziamento, pari all'importo delle rate mensili con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

La Copertura Assicurativa per la Perdita d'Impiego è sottoposta:

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa;
- ad un Periodo di Carenza di 30 giorni; qualora la Perdita d'Impiego venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurata, l'indennità non verrà corrisposta.

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.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e Art. 13 "PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI" che precedono.

ART. 36 ESCLUSIONI

Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Perdita d'Impiego 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 Perdita d'Impiego nel caso in cui:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente di ente privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato o determinato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 mesi 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 due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- durante il periodo di mobilità del lavoratore dipendente di ente privato maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti stagionali e contratti di lavoro interinale;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia;
- i contratti di lavoro sono stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- all'atto dell'adesione l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- l'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità.

ART. 37 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 30 giorni, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 90 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.

ART. 38 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

L'Assicurato deve, entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, comunicare ad AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. la propria disoccupazione inviando il Modulo di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", ed allegando la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- Copia della lettera di licenziamento del datore 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 finanziamento.

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 alla rata mensile al momento del sinistro o nel caso in cui l'Assicurato abbia optato per mantenere in vigore la copertura assicurativa, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale o alla surrogazione del Contratto di finanziamento 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.

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO (VALIDA SOLO PER I LAVORATORI AUTONOMI)

ART. 39 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile alla Contraente - quale mandataria di pagamento dell'Assicurato - di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di finanziamento, che hanno scadenza, durante il periodo dell'inabilità stessa, con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che il giorno in cui si verifica il Sinistro egli eserciti effettivamente un'attività lavorativa regolare.

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

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

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e Art. 13 "PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI" che precedono.

ART. 40 ESCLUSIONI

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

- 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;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici e gli stati depressivi;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- conseguenze della pratica di tutti gli sport, amatoriale o professionale, che comporti un compenso o una remunerazione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

ART. 41 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea e Totale al lavoro nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa.

ART. 42 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 alla rata mensile al momento del sinistro o nel caso in cui l'Assicurato abbia optato per mantenere in vigore la copertura assicurativa, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale o alla surrogazione del Contratto di finanziamento 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.

3. GLOSSARIO

Assicurato

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 70 anni non compiuti, cliente della Contraente e intestatario del finanziamento con piano di ammortamento alla francese concesso

dalla Contraente che ha aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il premio.

Banca

Coincide con la Contraente.

Beneficiario

Beneficiario della prestazione caso morte è la Contraente che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione, quando si verifica il Sinistro.

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego è l'Assicurato che conferisce mandato irrevocabile alla Contraente ad incassare ogni prestazione dovuta dalla Compagnia di Assicurazione per le presenti Coperture quando si verifica il Sinistro.

Cointestatario

La persona che insieme all'intestatario del finanziamento risulta cointestatario dello stesso. Il Contratto di Assicurazione assicura fino ad un massimo di quattro persone per ciascun finanziamento, compreso l'intestatario.

Carenza

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia di Assicurazione non corrisponde 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 – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) – Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 01979370036

Per la copertura morte: AVIPOP VITA S.p.A. - Compagnia del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP nr. 2709 del 12/6/2009 - Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 05913510961

Contraente

La Banca..... con Sede e Direzione Generale in Società presso la quale è stato richiesto il finanziamento e che stipula i Contratti Collettivi di Assicurazione (Convenzione Assicurativa) con le Compagnie di Assicurazione, per conto degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

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

Convenzione Assicurativa

Contratto di Assicurazione in forma collettiva. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra le Compagnie di Assicurazione e la **Banca - Contraente delle Convenzioni -.**

Contratto di finanziamento

Il Contratto di finanziamento è il Contratto con il quale la Banca concede all'Assicurato un finanziamento, rientrante nell'ambito dei **mutui ipotecari** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di

durata non superiore a 35 anni ed al quale si riferisce la Copertura Assicurativa oggetto del presente Contratto di Assicurazione.

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.

Data di decorrenza

La Data di decorrenza è la data di erogazione del finanziamento concesso dalla Contraente.

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 finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute;

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 il Contratto di Assicurazione;

Franchigia

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

Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro

L'inabilità è la perdita temporanea ed in misura totale, a seguito di infortunio o malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Indennizzo

La somma dovuta dalle Compagnie di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui al presente Contratto di Assicurazione, 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

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 Totale e Permanente

L'invalidità è la perdita totale e permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, di grado pari o superiore al 60%, dovuta a infortunio o malattia.

Istituto di Cura

Qualunque struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Lavoratore Autonomo

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

Lavoratore Dipendente di ente privato

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

Lavoratore Dipendente di ente pubblico

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

A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

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

Malattia

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

Non Lavoratore

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

Perdita d'Impiego

È lo stato di disoccupazione a seguito di: - giustificato motivo oggettivo; - messa in mobilità; - cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Periodo di Riqualificazione

Il periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro durante il quale l'Assicurato deve svolgere la propria normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Disoccupazione o Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro.

Polizze

Le Polizze collettive di cui alle Convenzioni n.....e n., stipulate dalla Contraente S.p.A., rispettivamente con AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. e AVIPOP VITA S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Contrattuali di Assicurazione a cui abbia aderito l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Premio

Il premio è la somma dovuta alle Compagnie di Assicurazione per la Copertura Assicurativa prestata. Il premio di polizza è addebitato all'Assicurato dalla Contraente in unica soluzione

anticipata e viene calcolato in percentuale del capitale assicurato in base alla durata del finanziamento.

Ricovero Ospedaliero

La degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura , ininterrotta e con pernottamento, 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.

Rata Mensile

È la Rata Mensile del finanziamento come calcolata dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento rilasciato all'Impresa. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego saranno determinati in ogni caso su base mensile.

Sinistro È l'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, 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

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 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 - 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).

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