



Avipop Assicurazioni S.p.A.
V.le Abruzzi 94 20131 Milano
www.avivaitalia.it
Tel. +39 02 2775.1
Fax +39 02 2775.204



Aviva Previdenza S.p.A.
V.le Abruzzi 94 20131 Milano
www.avivaitalia.it
Tel. +39 02 2775.1
Fax +39 02 2775.204

CREDITOR PROTECTION

PICCOLE IMPRESE

**ABBINATA AI MUTUI STOCK
CHIROGRAFARI/IPOTECARI A PREMIO UNICO**

CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 2688-2698 stipulata tra CASSA DI RISPARMIO DI LUCCA PISA LIVORNO SPA e AVIPOP ASSICURAZIONI SPA e della Polizza Collettiva n° 59165-59177 stipulata tra CASSA DI RISPARMIO DI LUCCA PISA LIVORNO SPA e AVIVA PREVIDENZA SPA sono depositati presso la sede della Contraente CASSA DI RISPARMIO DI LUCCA PISA LIVORNO SPA e, rispettivamente, presso le sedi di AVIPOP ASSICURAZIONI SPA e AVIVA PREVIDENZA SPA.

GLOSSARIO

Assicurato

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 70 anni non compiuti, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, che ha aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo il Modulo di Adesione. L'Impresa indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi. Nel caso di finanziamenti erogati a soggetti iscritti ad albi professionali in relazione alla specifica attività professionale esercitata, l'Assicurato sarà la medesima persona fisica. Il Contratto di Assicurazione assicura fino ad un massimo di quattro persone per ciascun finanziamento.

Beneficiario

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

Cointestatario

Non è prevista la cointestazione del finanziamento.

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 per Grandi Interventi): 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: AVIVA PREVIDENZA S.p.A. - Compagnia del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 17820 del 04/08/1988 (Gazzetta Ufficiale n. 205 del 01/09/1988) - Codice Fiscale n. 08745960156 Partita IVA 12648740152

Contraente

La CASSA DI RISPARMIO DI LUCCA PISA LIVORNO SPA con Sede e Direzione Generale in Piazza S.Giusto, 10 - 55100 LUCCA. Società che ha concesso il finanziamento e che stipula i Contratti Collettivi di Assicurazione (Convenzione Assicurativa) con le Compagnie di Assicurazione, per conto dell'Impresa e 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 CASSA DI RISPARMIO DI LUCCA PISA LIVORNO SPA - Contraente delle Convenzioni -.

Contratto di finanziamento

Il Contratto di finanziamento è il Contratto con il quale la Banca ha concesso all'Impresa un finanziamento, rientrante nell'ambito dei **Mutui ipotecari o dei Mutui chirografari** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Impresa secondo un piano di ammortamento alla francese, ed al quale si riferisce la Copertura Assicurativa oggetto del presente Contratto di Assicurazione. Le presenti Coperture Assicurative vengono abbinate a finanziamenti già in corso di durata residua:

- per i Mutui ipotecari non superiore a 20 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento fino ad un massimo di 24 mesi;
- per i Mutui chirografari non superiore a 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento fino ad un massimo di 24 mesi;

erogati dalla Contraente all'Impresa in data antecedente rispetto alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Copertura Assicurativa

La garanzia assicurativa concessa dalle Compagnie di Assicurazione è generata dal versamento di un Premio, a fronte del 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 pagamento del premio unico alle Compagnie di Assicurazione.

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 per Grandi Interventi, è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini del presente Contratto di Assicurazione, l'Impresa 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.

Impresa

La Società che ha sottoscritto con la Banca un finanziamento, rientrante nell'ambito dei Mutui ipotecari o dei Mutui chirografari. L'Impresa indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi.

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.

Malattia

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

Mutuo Chirografario

Il Contratto di finanziamento di durata residua non superiore a 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento – fino ad un massimo di 24 mesi -, tra la Banca e l'Impresa con il quale la Banca ha concesso in prestito all'Impresa una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Impresa alla Banca secondo un piano di ammortamento predeterminato.

Mutuo Ipotecario

Il Contratto di finanziamento, garantito da ipoteca su beni immobili, di durata residua non superiore a 20 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento – fino ad un massimo di 24 mesi -, tra la Banca e l'Impresa con il quale la Banca ha concesso in prestito all'Impresa una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Impresa al Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato.

Periodo di Riqualificazione

Il periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato 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 per Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro.

Polizze

le Polizze collettive di cui alle Convenzioni n. 2688-2698 e n. 59165-59177, stipulate dalla Contraente CASSA DI RISPARMIO DI LUCCA PISA LIVORNO SPA, rispettivamente con AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. e AVIVA PREVIDENZA SpA, disciplinate dalle seguenti Condizioni Contrattuali di Assicurazione a cui abbiano aderito l'Impresa e 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'Impresa dalla Contraente in unica soluzione anticipata e viene calcolato in percentuale del capitale assicurato in base alla durata residua del finanziamento.

Ricovero Ospedaliero per Grandi Interventi

La degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di un Grande Intervento per infortunio o malattia. Sono considerati indennizzabili i Ricoveri Ospedalieri derivanti dai Grandi Interventi Chirurgici riportati nell'elenco parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

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 e Ricovero Ospedaliero per Grandi Interventi saranno determinati in ogni caso su base mensile.

Sinistro

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

CONDIZIONI CONTRATTUALI

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, prestata da AVIVA PREVIDENZA SpA;
- Invalidità Permanente Totale, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero per Grandi Interventi, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro, 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 e dell'Impresa.

ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

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

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

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Il presente Contratto di Assicurazione può essere stipulato qualora l'Impresa abbia in corso un Contratto di finanziamento:

- per Mutui ipotecari: il cui debito residuo non sia superiore a Euro 500.000,00 e di durata residua non inferiore a 1 anno e non superiore a 20 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento;
- per Mutui chirografari: il cui debito residuo non sia superiore a Euro 250.000,00 e di durata residua non inferiore a 1 anno e non superiore a 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento.

L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.

E' assicurabile ciascuna persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicata dall'Impresa stessa la quale abbia:

- un'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;
- sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per 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.

Inoltre il presente Contratto può essere stipulato da persone fisiche iscritte ad albi professionali per finanziamenti erogati in relazione alla specifica attività professionale esercitata, in tal caso l'Assicurato sarà la medesima persona fisica nel rispetto delle condizioni di assicurabilità sopra riportate.

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 salute	Questionario Medico	Visita medica
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 complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per 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 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 gli Assicurati;

oppure:

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

oppure:

- uno degli Assicurati potrà essere assicurato per l'importo del debito residuo del finanziamento.

Nel caso di più Assicurati, 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 debito residuo del finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'ammissione alla Copertura Assicurativa.

ART 3.1 CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E IMPRESA

Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, in base ai quali sussistevano i requisiti di assicurabilità di cui al precedente Art. 3, quest'ultima dovrà:

- dare tempestiva comunicazione dell'avvenuta cessazione alle Compagnie di Assicurazione per il tramite della Contraente; in mancanza di tale comunicazione la copertura assicurativa si intende operante per l'Assicurato originariamente indicato;
- comunicare alle Compagnie di Assicurazione, per il tramite della Contraente, il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio, il quale dovrà sottoporsi alle formalità assuntive di cui all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" che precede. Si precisa che in questo caso per somma assicurata si intende il capitale residuo in essere alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

In caso di sottoscrizione di Dichiarazione di Buona salute, il nuovo Assicurato è ammesso alla copertura assicurativa con decorrenza dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Qualora invece sia richiesta la compilazione del Questionario Medico o la sottoposizione a Visita Medica:

- la Copertura Assicurativa non sarà efficace per il nuovo Assicurato fino a produzione da parte dello stesso di tutta la documentazione sanitaria richiesta e l'accettazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione;

- la Copertura Assicurativa continuerà ad essere operante per l'Assicurato originariamente indicato fino all'accettazione del rischio sul nuovo Assicurato da parte delle Compagnie di Assicurazione.

Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'Assicurando sia ritenuto non ammissibile in copertura, la Compagnia di Assicurazione comunicherà all'Impresa, per il tramite della Contraente, il rifiuto del rischio. L'Impresa provvederà a comunicare, per il tramite della Contraente, alla Compagnia di Assicurazione il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio, il quale dovrà sottoporsi alle formalità assuntive di cui all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" che precede.

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:
 - per Mutui chirografari Euro 250.000,00 per Sinistro;
 - per Mutui ipotecari Euro 500.000,00 per Sinistro;
 - il limite assoluto di Euro 500.000,00, da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati;
- Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero per Grandi Interventi: Euro 5.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

In caso di importi di debito residuo superiori al massimale di Euro 500.000,00 per i mutui ipotecari ed Euro 250.000,00 per i mutui chirografari, gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il debito residuo alla data di decorrenza della copertura assicurativa.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle 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.

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Per ciascun Assicurato, la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione e di pagamento del premio unico da parte dell'Impresa alle Compagnie di Assicurazione.

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 residua del contratto di finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 1 anno e massimo di:

- 20 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui ipotecari;
- 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui chirografari.

L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.

La durata residua del contratto di finanziamento è comunicata alle Compagnie di Assicurazione dalla Contraente.

Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero per Grandi Interventi è prevista una durata non inferiore ad 1 anno ed una durata massima di:

- 10 anni, per Mutui ipotecari;
- 7 anni, per Mutui chirografari.

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

- a) estinzione anticipata del finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Morte o per Inabilità Permanente Totale; nel caso in cui vi siano più Assicurati 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) surrogazione del finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007.
- f) anticipata estinzione del finanziamento - nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati;
- g) accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO

L'Impresa, può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stata accesa la copertura e compilando l'apposito modulo; inoltre 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'Impresa, per il tramite della Contraente, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni è la Banca che accetta. Gli importi versati dalle Compagnie di Assicurazione alla Contraente verranno da quest'ultima computati a credito dell'Impresa 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 dell'Impresa stessa.

ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

Le Coperture Assicurative sono prestate dalle Compagnie di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa di un premio unico ed anticipato.

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

Tale premio viene versato dall'Impresa al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione - da parte dell'Impresa e degli Assicurati - alle Polizze collettive abbinate al Contratto di finanziamento, mediante trattenuta sul conto corrente dell'Impresa stessa 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 residua del finanziamento (in numero di mesi interi), viene applicato all'importo del debito residuo del finanziamento.

Di seguito vengono riportati i tassi di premio suddivisi per garanzia:

	Mutui Chirografari	Mutui Ipotecari
Copertura Morte	0,02773%	0,03314%
Coperture Danni (Inabilità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero per	0,02327%	0,02186%

Grandi Interventi)		
--------------------	--	--

(*) 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, ACCOLLO E SURROGA DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione totale del finanziamento prima dei termini originariamente convenuti, non dovuti a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Permanente Totale, in caso di accollo o di surroga del finanziamento, 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)

$$R = ((Pn \text{ danni} \times 0,975) / N) \times K$$

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) al netto delle imposte versate
- **N** è la durata originaria del mutuo espressa in mesi interi
- **K** è la durata residua del Finanziamento espressa in mesi interi.

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

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: AVIVA PREVIDENZA S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero per Grandi Interventi): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.

L'Assicurato e/o l'Impresa potranno 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 E DELL'IMPRESA IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato, per il tramite dell'Impresa, 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'Impresa conferisce mandato irrevocabile alla Contraente, anche nell'interesse di quest'ultima, ad incassare ogni indennizzo dovuto da una delle due Compagnie di Assicurazione in base alle coperture assicurative.

Conseguentemente, l'Impresa riconosce fin da ora che le Compagnie di Assicurazione saranno liberate dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'indennizzo con il versamento del medesimo alla Contraente e da quest'ultima computata a credito dell'Impresa al fine di estinguere o ridurre il suo debito.

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'Impresa. 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, per il tramite dell'Impresa, 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 alla sede legale dell'Impresa indicata sul Modulo di Adesione.

ART. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO E ALL'IMPRESA

La Contraente provvederà a fornire ai clienti copia del Modulo di Adesione e delle Condizioni Contrattuali.

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

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

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

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:

AVIVA PREVIDENZA S.p.A. - Servizio Reclami

Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano (Italia)

n. di fax 02 2775245

Indirizzo e-mail: cureclami@avivaitalia.it

per le Coperture Danni (Invalidità Totale e Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero per Grandi Interventi) 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'esponente 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

Non sarà possibile in alcun modo 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 un anno 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

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, 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 residuano dal rapporto di finanziamento contratto dall'Impresa verso la Contraente.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di:

- per Mutui chirografari Euro 250.000,00 per Sinistro;
 - per Mutui ipotecari 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 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;
- 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.

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 AVIVA PREVIDENZA 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:

1. dichiarazione della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo residuo del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del decesso dell'Assicurato;
2. documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa.
3. certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
4. copia della cartella clinica, se il decesso è avvenuto in ospedale;
5. in caso di morte da malattia, copia della prima cartella clinica in cui è stata diagnosticata la malattia che ha causato il decesso, oppure, in mancanza della cartella clinica, relazione del medico curante sulla causa che ha determinato la morte dell'Assicurato e sulle sue condizioni sanitarie pregresse;
6. in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio, suicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
7. copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia di Assicurazione della prestazione assicurata, 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 residuano dal rapporto di finanziamento contratto dall'Impresa verso la Contraente.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di:

- per Mutui chirografari Euro 250.000,00 per Sinistro;
 - per Mutui ipotecari Euro 500.000,00 per Sinistro;
- come previsto dall'Art. 4 “LIMITI DI INDENNIZZO”.

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. 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 energetici 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 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 filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo residuo del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa.

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI DA MALATTIA O INFORTUNIO

ART. 32 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Compagnia garantisce, ove l'Assicurato si trovi nel corso di validità della Copertura Assicurativa ricoverato in ospedale per l'esecuzione di un Grande Intervento Chirurgico tra quelli di seguito elencati, la corresponsione ai Beneficiari 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 5.000,00 al mese per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

Gli indennizzi successivi al primo saranno liquidati per ogni ulteriore periodo intero di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

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. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di Ricovero Ospedaliero.

La prestazione di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico non si cumula con la contemporanea liquidazione della prestazione prevista dalla Copertura Assicurativa Inabilità Temporanea Totale.

La garanzia Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico non è operante se il Ricovero Ospedaliero avviene durante il periodo di indennizzo per Inabilità Temporanea Totale.

Sono considerati indennizzabili i Ricoveri Ospedalieri derivanti dai seguenti Grandi Interventi Chirurgici:

- Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i tumori benigni, sono compresi quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra.
- Interventi per trapianti: tutti. Vengono compresi in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) necessari a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto.

- Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso.
- Interventi di neurochirurgia per:
 - craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
 - intervento per epilessia focale e callosotomia;
 - intervento per encefalomeningocele;
 - derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
 - intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
 - trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose);
 - endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
 - talamotomia, pallidotomia ed interventi simili;
 - cardotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
 - neurotomia retrogasseriana;
 - interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
 - interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.);
 - vagotomia per via toracica;
 - simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - plastica per paralisi del nervo facciale;
 - intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
 - asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari.
- Interventi di cardiocirurgia per:
 - tutti gli interventi a cuore chiuso;
 - tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
 - impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti
 - cardioplastica
- Interventi di chirurgia vascolare per:
 - aneurismi arteriosi o arterovenosi;
 - stenosi ad ostruzione arteriosa;
 - disostruzione by-pass aorta addominale;
 - trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
 - simpaticectomia cervico-toracica, lombare:
 - by-pass aortocoronarico
- Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:
 - gravi e vaste mutilazioni del viso;
 - plastica per paralisi del nervo facciale;
 - riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
 - anchilosi temporo-mandibolare.
- Interventi di chirurgia generale per:
 - diverticolosi esofagea;
 - occlusioni intestinali con o senza resezione;
 - gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
 - echinococchi epatica e/o polmonare;
 - cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche;
 - pancreatite acuta;
 - broncoscopia operativa;
 - resezione epatica;
 - epatico e coledocotomia;
 - papillotomia per via transduodenale;
 - interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
 - interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia - colecistoenterostomia);

- laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- interventi di resezione (totale o parziale dell'esofago/esofagoplastica);
- intervento per mega-esofago e per esofagite da reflusso;
- resezione gastrica totale;
- resezione gastro-digiunale e gastroectomia;
- intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- interventi di amputazione del retto ano;
- interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- drenaggio di ascesso epatico;
- interventi chirurgici per ipertensione portale;
- interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparatomica;
- intervento di asportazione della milza
- interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva
- Interventi di chirurgia uro-genitale per:
 - fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
 - ileocisto plastica; colecisto plastica;
 - intervento per estrofia della vescica;
 - intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria;
 - metroplastica;
 - nefroureterectomia radicale;
 - surrenalectomia;
 - interventi di cistectomia totale;
 - interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
 - cistoprostatovescolectomia.
- Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:
 - trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
 - Odontocheratoprotesi;
 - Chirurgia della sordità otosclerotica;
 - Timpanoplastica;
 - Chirurgia endoauricolare della vertigine;
 - Chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- Interventi di chirurgia toracica per:
 - pneumectomia totale o parziale;
 - lobectomia polmonare;
 - intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
 - interventi per fistole bronchiali;
 - interventi per echinococchi polmonare.
- Terapie radianti e chemioterapiche

ART. 33 ESCLUSIONI

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

- conseguenze di malattie (presunte o accertate), infortuni, difetti fisici, malformazioni e stati patologici conosciuti o che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della polizza e sottaciuti alla Compagnia di Assicurazione con dolo o colpa grave;
- eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;
- comportamenti nevrotici nonché gli esaurimenti nervosi;
- malattie e infortuni conseguenti ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- infortuni e malattie conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;

- infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei, di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;
- infortuni derivanti dall'uso di veicoli o natanti a motore in competizioni e relative prove ed allenamenti e dalla pratica di sport aerei;
- interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- prestazioni per la diagnosi e trattamenti della sterilità e dell'impotenza nonché la fecondazione artificiale;
- prestazioni aventi finalità dietologica o estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da malattia o infortuni, compreso l'apparato dentario solo se resi necessari da infortunio) e la liposuzione;
- prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali ad esempio quelle omeopatiche e fitoterapiche;
- accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia o infortunio (check-up);
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altre calamità naturali.

ART. 34 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico 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 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 filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo residuo del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa.

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO

ART. 35 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Compagnia garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile ai Beneficiari 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 5.000,00 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.

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 prevista per il caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro non si cumula con la contemporanea liquidazione della prestazione prevista dalla Copertura Assicurativa Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

Se successivamente alle data di dimissioni dall'ospedale in seguito ad un Grande Intervento Chirurgico l'Assicurato risulti ancora inabile al lavoro, la Compagnia aprirà un sinistro di Inabilità Temporanea Totale e liquiderà le rate in scadenza nel perdurare dell'inabilità stessa senza applicare la franchigia.

ART. 36 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. 37 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. 38 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 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 filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo residuo del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici e questi devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o chi per esso devono consentire alle Compagnie di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari.

INFORMATIVA PRIVACY E INFORMATIVA SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

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

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

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

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

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

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

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

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

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

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

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

AVIVA PREVIDENZA S.p.A. – Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447

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

MODALITA' D'USO DEI DATI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Avipop Assicurazioni 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)
Capitale Sociale Euro 13.000.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036
Sede Legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano



Aviva Previdenza S.p.A.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 17820 del 04/08/1988 (Gazzetta Ufficiale n. 205 del 01/09/1988) Capitale Sociale Euro 9.100.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1573727 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n. 08745960156 Partita IVA 12648740152 Sede Legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano

