

## **CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO A GARANZIA DI CONTRATTI DI LEASING**

### **CONTRATTI DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA**

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

#### **IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:**

- Nota Informativa per la Copertura Caso Morte;
- Nota Informativa per le Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa sulla Privacy e sulle Tecniche di Comunicazione a Distanza;
- Modulo di Adesione.

#### **DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ASSICURATO/ALL'IMPRESA 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 63.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002



##### **Avipop Vita S.p.A.**

Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011



## 1. NOTA INFORMATIVA

### CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO A GARANZIA DI CONTRATTI DI LEASING

- **Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 59237**

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

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

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

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

Numero di telefono: 02/27751 – sito internet: [www.avivaitalia.it](http://www.avivaitalia.it).

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [assunzione\\_vita@avivaitalia.it](mailto:assunzione_vita@avivaitalia.it)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [liquidazioni\\_vita@avivaitalia.it](mailto: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. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011.

### 2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di AVIPOP VITA S.p.A. è pari a Euro 32.605.401,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 17.000.000,00 (i.v.) e le Riserve Patrimoniali a Euro 15.605.401,00. Il nuovo capitale sociale iscritto al Registro delle Imprese in data 17 febbraio 2012 ammonta a Euro 47.500.000,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione vita è pari a 128,36%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

## B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

### 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

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

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

La durata della Copertura Assicurativa è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Leasing (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 120 mesi.

La durata del Contratto di Leasing è comunicata all'Impresa di Assicurazione dal Soggetto Distributore.

In caso di estinzione parziale del Contratto di Leasing, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Contratto di Leasing.

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente la Società (Alba Leasing S.p.A.) che ha concesso il Contratto di Leasing;

- tante coperture assicurative quanti sono i clienti della Contraente, intestatari di Contratti di Leasing, che abbiano deciso di aderire;
- nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa, che quest'ultima designi gli Assicurati della Polizza Collettiva tra i suoi collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per l'Impresa;
- nel caso di un solo Assicurato – cui corrisponderà una singola Posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata sia pari all'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing – comprensivo del valore di riscatto finale e dell'anticipo ed al netto dell'IVA -. In caso di più Assicurati per lo stesso Contratto di Leasing possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche per ciascun Contratto di Leasing con la possibilità di:
  - ripartire la prestazione assicurata in proporzioni di volta in volta definibili fra gli Assicurati;
  - oppure:
  - assicurare ciascun Assicurato pro quota (con la prestazione assicurata suddivisa in parti uguali).

Nel caso di più Assicurati del medesimo Contratto di Leasing, la mancata accettazione da parte dell'Impresa 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 totale finanziato dal Contratto di Leasing e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa.

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

- prestazione in caso di Decesso

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, l'Impresa di Assicurazione liquida ai Beneficiari la prestazione assicurativa pari al Debito residuo derivante dal Contratto di Leasing in linea capitale – comprensivo del valore di riscatto finale e dell'anticipo ed al netto di eventuali canoni insoluti e dell'IVA - rimasto da ammortizzare all'epoca del Decesso dell'Assicurato stesso.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 25 “PRESTAZIONI ASSICURATE” delle Condizioni di Assicurazione.

**L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 150.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di più Contratti di Leasing assicurati.** In caso di Contratti di Leasing stipulati per un importo superiore al massimale di Euro 150.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale e l'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

**La presente garanzia viene prestata:**

- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 26 “ESCLUSIONI” delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 60 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza dell'ultimo canone previsto dal Contratto di Leasing non risulti di età superiore a 66 anni.**

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

#### **4. PREMI**

La Copertura Assicurativa viene prestata dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato.

Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing –

compensivo del valore di riscatto finale e dell'anticipo ed al netto di eventuali canoni insoluti e dell'IVA - in base alla durata dello stesso.

Tale premio viene versato dall'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del verbale di consegna e della sottoscrizione del Modulo di Adesione – da parte dell'Impresa e/o degli Assicurati - alla Polizza Collettiva abbinate al Contratto di Leasing, mediante trattenuta sul conto corrente dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dell'Assicurato stessa che, a tal fine, ha conferito alla Contraente della Polizza Collettiva apposito mandato all'incasso.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al:

- per Contratti di Leasing con durata da 6 mesi a 72 mesi: 68% del Premio unico versato. La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 95,59% del costo stesso;
- per Contratti di Leasing con durata da 73 mesi a 120 mesi: 49,66% del Premio unico versato. La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 93,96% del costo stesso.

A titolo esemplificativo considerando un Contratto di Leasing di durata 60 mesi, per un Premio Unico di Euro 1.000,00, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 680,00 di cui Euro 650,01 rappresentano l'importo percepito dagli Intermediari.

**In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Leasing non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di decesso ovvero nei casi di subentro nel Contratto di Leasing ovvero nei casi di estinzione o risoluzione del Contratto di Leasing anche a seguito furto, perdita totale del bene, perimento l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.**

**In alternativa l'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare all'Impresa di Assicurazione, potrà mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.**

**In caso di subentro nel Contratto di Leasing non sarà possibile mantenere in vigore la Copertura Assicurativa.**

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SUBENTRO DEL CONTRATTO DI LEASING" delle Condizioni di Assicurazione.

## **C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE**

### **5. COSTI**

#### **5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO**

##### **5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO**

**SPESE DI EMISSIONE:** l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa di emissione.

**COSTO PERCENTUALE:** il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei Tassi di Premio è pari e pari alle seguenti percentuali:

DURATA CONTRATTO DI LEASING IN MESI	COSTO %
Da 6 mesi a 72 mesi	68%

Da 73 mesi a 120 mesi	49,66%
-----------------------	--------

Il costo è calcolato sul Premio unico versato.

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

\*\*\*

La quota parte del costo sopra riportato percepita in media dagli Intermediari è pari al 94,77%.

## **6. SCONTI**

**Non sono previsti sconti.**

## **7. REGIME FISCALE**

### **7.1 IMPOSTE SUI PREMI**

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

### **7.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI**

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

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

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

- eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero 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.

### **7.2 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE**

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa le somme corrisposte a seguito di Decesso in dipendenza del presente Contratto di Assicurazione, non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986.

### **7.3 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

Ai sensi dell'Art.1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di Decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e sono esenti da imposte di successione.

### **7.4 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTABILITÀ**

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.

**Nel caso specifico del presente contratto, in considerazione della finalità della Convenzione da cui esso discende e della sua natura di Polizza Collettiva, si fa presente che la disciplina sopra riportata va coordinata con altre disposizioni fiscali (deducibilità dal reddito d'impresa ecc.) la cui applicazione può dipendere da una serie di elementi quali la natura del rapporto fra l'Impresa e gli Assicurati.**

## **D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

### **8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

#### **8.1 DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Per ciascun Assicurato, la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del verbale di consegna a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e sia stato corrisposto dall'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dall'Assicurato il premio contrattualmente previsto.

La decorrenza della Copertura Assicurativa è comunicata all'Impresa di Assicurazione dal Soggetto Distributore.

#### **8.2 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La Copertura Assicurativa prevista dal presente Contratto si intende operante – con le limitazioni di cui all'Art. 26 “ESCLUSIONI” delle Condizioni di Assicurazione – dalle ore 00 del giorno di decorrenza.

La copertura assicurativa si intende operante a condizione che l'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/l'Assicurato abbia pagato il Premio unico ed abbia sottoscritto il Modulo di Adesione unitamente a tutti gli altri Assicurati.

Per maggiori dettagli relativi alla data di decorrenza del Contratto e all'efficacia della Copertura Assicurativa si rimanda alla lettura dell'Art. 6 “DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA” delle Condizioni di Assicurazione.

#### **8.3 AMBITO DI APPLICAZIONE**

L'Assicurato è la persona fisica, sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione Temporanea:

- coincidente con il Cliente, che ha ottenuto la concessione di un Contratto di Leasing da parte della Contraente e che ha aderito alla Polizza Collettiva -;
- nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa, coincidente con la persona fisica individuata nel collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicata dall'Impresa stessa.

E' assicurabile ciascuna persona fisica, che abbia un'età compresa tra 18 e 60 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria dell'ultimo canone del Contratto di Leasing non risulti di età superiore a 66 anni. Gli importi massimi assicurabili sono riportati al punto 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE che precede.

### **9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

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

- a) decesso dell'Assicurato;
- b) alla data di scadenza originaria del Contratto di Leasing;
- c) esercizio del diritto di recesso;
- d) estinzione o risoluzione anticipata del Contratto di Leasing anche a seguito di furto, perdita totale del bene, perimento;
- e) anticipata estinzione totale del Contratto di leasing;
- f) subentro nel Contratto di Leasing.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Contratto di Leasing e venga effettuata l'anticipata estinzione totale dello stesso in seguito alla liquidazione dell'indennizzo per Decesso di un

Assicurato, le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicata all'Impresa di Assicurazione l'anticipata estinzione totale del Contratto di Leasing: in tal caso l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/agli altri Assicurati la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto. L'Impresa/Gli altri Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del Contratto di Leasing.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Contratto di Leasing e venga effettuata l'anticipata estinzione totale oppure estinzione o risoluzione anticipata del Contratto di Leasing anche a seguito di furto, perdita totale del bene, perimento, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati: in tal caso l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/agli Assicurati la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto per ciascun Assicurato. L'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/gli Assicurati, avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del Contratto di Leasing.

Nel caso in cui la Copertura Assicurativa venga mantenuta in vigore gli indennizzi relativi alla stessa saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/risoluzione anticipata del Contratto di Leasing.

Nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa in caso di cessazione dell'Impresa stessa contestuale o successiva all'anticipata estinzione totale o alla risoluzione anticipata del Contratto di Leasing anche a seguito di furto, perdita totale del bene, perimento (nel caso in cui l'Impresa abbia richiesto di proseguire la Copertura Assicurativa) la Copertura Assicurativa verrà annullata dalla data di cessazione dell'Impresa.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" e dell'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SUBENTRO DEL CONTRATTO DI LEASING" delle Condizioni di Assicurazione.

## **10. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI**

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

## **11. DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/l'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso il Soggetto Distributore ove è stato acceso il Contratto di Leasing e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione una comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno 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'Impresa 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'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dell'Assicurato.

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

### **12.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso il Soggetto Distributore, ed inviandolo, con allegata la documentazione



prevista, ad AVIPOP VITA S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.

Gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri 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.

L'Impresa di Assicurazione esegue il pagamento della prestazione entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa.

Per un maggior dettaglio sulla documentazione da consegnare all'Impresa di Assicurazione, necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto, si rimanda allo specifico Art. 27 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" delle Condizioni di Assicurazione.

**Si richiama l'attenzione dell'Assicurato affinché sia sua cura porre i Beneficiari nelle condizioni di produrre la documentazione richiesta dall'Impresa a di Assicurazione.**

## **12.2 PRESCRIZIONE**

Ai sensi dell'Art. 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. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. Le Imprese di Assicurazione, in base alla Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

## **13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

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

## **14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

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

Le Parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

## **15. RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione:

- AVIPOP VITA S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano telefax 02 2775 245 indirizzo email: [reclami\\_vita@avivaitalia.it](mailto: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 06.42.133.000

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.

## **16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**



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

Per l'aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di Assicurazione, di cui al punto 2. "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA", si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo [www.avivaitalia.it](http://www.avivaitalia.it).

#### **17. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

Le comunicazioni dell'Assicurato/dell'Impresa possono essere fatte pervenire, oltre che direttamente all'Impresa di Assicurazione mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a AVIPOP VITA S.p.A. Viale Abruzzi, 94 20131 Milano ed al Soggetto Distributore presso cui è appoggiato il Contratto di Assicurazione.

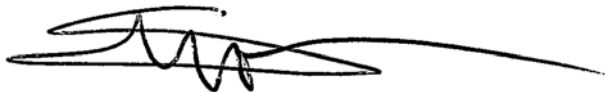
#### **18. CONFLITTO DI INTERESSI**

AVIPOP VITA S.p.A., 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 da Alba Leasing S.p.A. Società partecipata dal Gruppo Banco Popolare e pertanto esiste conflitto di interessi. L'Impresa di Assicurazione opera in ogni circostanza in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegnano ad ottenere per gli Assicurati il miglior risultato possibile.

\* \* \* \*

***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**



Data ultimo aggiornamento: 31 marzo 2012

## 1. NOTA INFORMATIVA

### CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO A GARANZIA DI CONTRATTI DI LEASING

- Coperture Danni: - Invalidità Totale Permanente - Ricovero Ospedaliero - Inabilità Temporanea Totale al lavoro – Polizza Collettiva nr. 2985-2986

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

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

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

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

Numero di telefono: 02/27751 – sito internet: [www.avivaitalia.it](http://www.avivaitalia.it).

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [assunzionedanni\\_bancassurance@avivaitalia.it](mailto:assunzionedanni_bancassurance@avivaitalia.it)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [sinistri\\_bancassurance@avivaitalia.it](mailto:sinistri_bancassurance@avivaitalia.it)

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

### 2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. è pari a Euro 46.326.399,00 di cui Euro 43.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 2.826.399,00 di Riserve Patrimoniali. Il nuovo capitale sociale iscritto al Registro delle Imprese in data 15 marzo 2012 ammonta a Euro 63.500.000,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 117,18%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

## B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

**Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo e le Coperture Assicurative cessano nei casi previsti all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.**

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

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Leasing (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 120 mesi

La durata del Contratto di Leasing è comunicata all'Impresa di Assicurazione dal Soggetto Distributore.

In caso di estinzione parziale del Contratto di Leasing, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Contratto di Leasing.

### 3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con

## AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A..

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente la Società (Alba Leasing S.p.A.) che ha concesso il Contratto di Leasing;
- tante Coperture Assicurative quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Contratti di Leasing che abbiano deciso di aderire;
- nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa, che quest'ultima designi gli Assicurati della Polizza Collettiva tra i suoi collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per l'Impresa;
- nel caso di un solo Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata sia pari all'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing – comprensivo del valore di riscatto finale e dell'anticipo ed al netto dell'IVA -.In caso di più Assicurati per lo stesso Contratto di Leasing, possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche per ciascun Contratto di Leasing con la possibilità di:
  - ripartire la prestazione assicurata in proporzioni di volta in volta definibili fra gli Assicurati; oppure:
  - assicurare ciascun Assicurato pro quota (con la prestazione assicurata suddivisa in parti uguali).

Nel caso di più Assicurati del medesimo Contratto di Leasing, la mancata accettazione da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'ammissione alle Coperture Assicurative 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 totale finanziato dal Contratto di Leasing e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione delle Coperture Assicurative.

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

- prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia
- prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia

### PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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, l'Impresa di Assicurazione liquida all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato la prestazione assicurata pari al Debito residuo del Contratto di Leasing in linea capitale – comprensivo del valore di riscatto finale e dell'anticipo ed al netto di eventuali canoni insoluti e dell'IVA – rimasto da ammortizzare all'epoca del Sinistro dell'Assicurato.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 28 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

**L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 150.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di più Contratti di Leasing assicurati.** In caso di Contratti di Leasing stipulati per un importo superiore al massimale di Euro150.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale e l'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

**La presente garanzia viene prestata:**

- solo in caso di Invalidità Totale e Permanente pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica;
- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 30 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- per Assicurati di età compresa tra 18 e 60 anni non compiuti alla data di sottoscrizione

**del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza dell'ultimo canone previsto dal Contratto di Leasing non risulti di età superiore a 66 anni.**

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

Capitale finanziato per Leasing 400.000 Euro (Capitale assicurato pari al massimale di 150.000)	Capitale residuo al momento dell'invalidità permanente da malattia o da infortunio 200.000 Euro	Franchigia di polizza Liquidazione del residuo totale in caso di postumi pari o superiori al 60%
Postumi da invalidità permanente valutati 60%	Liquidazione di 150.000 Euro	Invalidità 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta

#### PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili - al netto dell'IVA -, secondo le indicazioni del Contratto di Leasing, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa **con il massimo di Euro 3.500,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 38 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

**L'indennizzo mensile non verrà corrisposto per periodi inferiori a 10 giorni, successivi al Periodo di Franchigia.**

**La presente garanzia viene prestata:**

- senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 39 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- per Assicurati di età compresa tra 18 e 60 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza dell'ultimo canone previsto dal Contratto di Leasing non risulti di età superiore a 66 anni.

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

Rata mensile da rimborsare = 3.000 Euro	Rata massima mensile liquidabile = 3.500 Euro	Franchigia assoluta = 30 giorni
--	--	---------------------------------

Inabilità temporanea totale al lavoro	Liquidazione della rata mensile successiva di 3.000 Euro solamente se la suddetta rata scade nel periodo di inabilità	Superato il periodo di franchigia, si paga la rata che scade durante il periodo di inabilità. Ad esempio: Durata Inabilità temporanea = 90 giorni; Scadenza rata = 28 di ogni mese Data sinistro = 1 luglio; Scadenza rata 28 Luglio in franchigia; Scadenza rata 28 Agosto in franchigia; scadenza rata successiva in copertura
Data di inizio copertura = 1 Settembre Data della Inabilità = 15 Settembre	Durata della inabilità = 30 giorni	Nessun indennizzo in quanto avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza). In questo caso la durata dell'inabilità è ininfluente.

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

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

#### **5. PREMI**

Le Coperture Assicurative vengono prestate dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing si un'Impresa)/dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato.

Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing – comprensivo del valore di riscatto finale e dell'anticipo ed al netto di eventuali canoni insoluti e dell'IVA - in base alla durata dello stesso.

Tale premio viene versato dall'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing si un'Impresa)/dell'Assicurato, alla data di sottoscrizione del verbale di consegna e della sottoscrizione del Modulo di Adesione – da parte dell'Impresa e/o degli Assicurati – alle Polizze Collettive abbinate al Contratto di Leasing, mediante trattenuta sul conto corrente dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing si un'Impresa)/dell'Assicurato stesso che a tal fine, ha conferito alla Contraente della Polizza Collettiva apposito mandato all'incasso,

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel tasso di Premio - riportati all'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al

- per Contratti di Leasing con durata da 6 mesi a 72 mesi 68% del Premio unico versato al netto delle imposte – dove applicabili – La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 95,59% del costo stesso;
- per Contratti di Leasing con durata da 73 mesi a 120 mesi: 49,66% del Premio unico versato al netto delle imposte – dove applicabili -.La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 93,96%

A titolo esemplificativo per un Premio Unico di Euro 1.000,00, al netto delle imposte, i costi

trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 680,00 di cui Euro 650,01 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

**In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di di Leasing non dovuta a liquidazione della prestazione di invalidità totale e permanente, ovvero nei casi di subentro nel Contratto di leasing ovvero nei casi di estinzione o di risoluzione del Contratto di Leasing anche a seguito di furto, perdita totale del bene, perimento l'Imprese di Assicurazione restituirà all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing si un'Impresa)/all'Assicurato , la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.**

**In alternativa l'Impresa(nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing si un'Impresa)/l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare all'Impresa di Assicurazione, potrà mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.**

**In caso di subentro nel Contratto di Leasing non sarà possibile mantenere in vigore le Coperture Assicurative.**

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SUBENTRO DEL CONTRATTO DI LEASING," delle Condizioni di Assicurazione.

## **6. RIVALSE**

L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essi effettuati in forza delle Coperture Assicurative del presente Contratto di Assicurazione descritte nella presente Nota Informativa come riportato all'Art. 13 "RINUNCIA ALLA RIVALSA" delle Condizioni di Assicurazione.

## **7. DIRITTO DI RECESSO**

### **7.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L'impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing si un'Impresa)/l'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 7 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

### **7.2 DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE**

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing si un'Impresa)/l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà recandosi presso il Soggetto Distributore ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso oppure inviando all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del Modulo di recesso, al seguente indirizzo:

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

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, calcolata come riportato all'Art. 7 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

## **8. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO**

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti 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. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. L'Impresa di Assicurazione, in base alla Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed

integrazioni, è obbligata a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

## **9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

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

## **10. REGIME FISCALE**

### **10.1 IMPOSTE SUI PREMI**

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

### **10.2 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE**

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa le somme corrisposte a seguito di Invalidità Totale e Permanente, e Inabilità Temporanea Totale in dipendenza del presente Contratto di Assicurazione, non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986.

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **11. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI**

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

La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, deve essere effettuata presso il Soggetto Distributore compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro.

Tale Modulo, completo della documentazione prevista, dovrà essere inoltrato entro 60 giorni ad AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.

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

L'Assicurato o gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri 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**

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 30-34 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

L'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro 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 dell'Impresa di Assicurazione. **Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico dell'Assicurato.**

## **12. RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano telefax 02 2775.245 indirizzo mail: [cu~~re~~clami@avivaitalia.it](mailto:cu<del>re</del>clami@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 06.42.133.000.

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 dall'Impresa di Assicurazione ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

### **13. ARBITRATO**

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

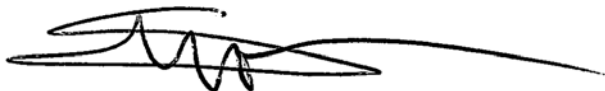
Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

\* \* \* \*

***AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.***

**Il rappresentante legale**

**Stefano Longo**



Data ultimo aggiornamento: 31 marzo 2012

## 2. CONDIZIONI CONTRATTUALI

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 2985-2986 stipulata tra ALBA LEASING S.p.A. e AVIPOP ASSICURAZIONI SPA e della Polizza Collettiva n° 59237 stipulata tra ALBA LEASING S.p.A. e AVIPOP VITA SPA sono depositati presso la sede della Contraente e, rispettivamente, presso le sedi di AVIPOP ASSICURAZIONI SPA e AVIPOP VITA SPA.

### ART. 1 GARANZIE PRESTATE

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

- Morte, prestata da AVIPOP VITA SpA;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A..

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

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

### ART. 2 OBBLIGHI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

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

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

### ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Il presente Contratto di Assicurazione può essere stipulato qualora una persona fisica o un'Impresa (Sottoscrittore del Contratto di Leasing) sottoscriva un Contratto di Leasing.

E' assicurabile:

- ciascuna persona fisica che sottoscriva un Contratto di Leasing;
- oppure
- in caso di Sottoscrizione del Contratto di Leasing da parte di un'Impresa: ciascuna persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicata dall'Impresa stessa
- la quale abbia:
- Residenza in Italia;
  - un'età compresa tra 18 e 60 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza dell'ultimo canone previsto dal Contratto di Leasing non risulti di età superiore a 66 anni;
  - sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia assicurato per più Contratti di Leasing 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 dall'Impresa 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.

<b>Somma assicurata per Assicurato (*)</b>	<b>Età all'adesione da 18 a 60 anni non compiuti</b>
Fino a € 200.000,00	Dichiarazione di Buono stato di salute
Oltre € 200.000,00 - Fino a € 300.000,00	Questionario Medico
Oltre € 300.000,00 - Fino a € 500.000,00	Visita medica

*(\*) ai fini del calcolo della somma assicurata:*

- *devono essere considerate anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con l'Impresa 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 coperto per più Contratti di Leasing assicurati.*

Le Imprese 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 delle Coperture Assicurative. Tali documenti vengono raccolti dal Soggetto Distributore in busta chiusa ed inviati alle Imprese 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 totale finanziato dal Contratto di Leasing.

Nel caso di più Assicurati, la mancata accettazione da parte delle Imprese di Assicurazione dell'ammissione alle Coperture Assicurative 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 totale finanziato dal Contratto di Leasing e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione delle Coperture Assicurative.

### **ART 3.1 CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E IMPRESA (solo nel caso in cui il Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'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 Imprese di Assicurazione per il tramite del Soggetto Distributore; in mancanza di tale comunicazione la copertura assicurativa si intende operante per l'Assicurato originariamente indicato;
- comunicare alle Imprese di Assicurazione, per il tramite del Soggetto Distributore, - compilando il Modulo Cambio Assicurato - 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 prestazione assicurata si intende il debito residuo in essere alla data di sottoscrizione del Modulo Cambio Assicurato.

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 Cambio Assicurato.

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 Imprese 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 Imprese di Assicurazione.

Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'Assicurando sia ritenuto non ammissibile in copertura, l'Impresa di Assicurazione comunicherà all'Impresa, per il tramite del Soggetto Distributore, il rifiuto del rischio. L'Impresa provvederà a comunicare, per il tramite del Soggetto Distributore, all'Impresa 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 derivante dal Contratto di Leasing in linea capitale – comprensivo del valore di riscatto finale e dell'anticipo ed al netto di eventuali canoni insoluti e dell'IVA -.

Si precisa inoltre che, ai fini della determinazione della prestazione assicurata, si assume tutti i canoni periodici previsti dal Contratto di Leasing, già scaduti alla data dell'evento, siano stati regolarmente corrisposti dall'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dall'Assicurato.

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte o Invalidità Permanente Totale: Euro 150.000,00 per Sinistro; il limite assoluto di Euro 150.000,00 è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più Contratti di Leasing assicurati.
- in caso di Inabilità Temporanea Totale: Euro 3.500,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

In caso di Contratti di Leasing stipulati per importi superiori al massimale di Euro 150.000,00, gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale e l'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing 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 Imprese 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 Imprese 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 erogazione dell'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle Imprese di Assicurazione, per il tramite dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa), 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 Imprese di Assicurazione è da ritenersi confermata purché l'erogazione dell'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se l'erogazione dell'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato 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**

Per ciascun Assicurato, la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del verbale di consegna a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e sia stato corrisposto dall'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dall'Assicurato il premio contrattualmente previsto.

La decorrenza è comunicata alle Imprese di Assicurazione dal Soggetto Distributore.

La durata della Copertura Assicurativa espressa in mesi interi, coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Leasing (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 120 mesi.

La durata del Contratto di Leasing è comunicata alle Imprese di Assicurazione dal Soggetto Distributore.

In caso di estinzione parziale del Contratto di Leasing, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Contratto di Leasing.

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

1. decesso dell'Assicurato;
2. Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato;
3. alla data di scadenza originaria del Contratto di Leasing;
4. esercizio del diritto di recesso;
5. estinzione o risoluzione anticipata del Contratto di Leasing anche a seguito di furto, perdita totale del bene, perimento;
6. anticipata estinzione totale del Contratto di leasing;
7. subentro nel Contratto di Leasing.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Contratto di Leasing e venga effettuata l'anticipata estinzione totale dello stesso in seguito alla liquidazione dell'indennizzo per Decesso o per Invalidità Totale e Permanente di un Assicurato, le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicata all'Impresa di Assicurazione l'anticipata estinzione totale del Contratto di Leasing: in tal caso l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/agli altri Assicurati la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto. L'Impresa/Gli altri Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del Contratto di Leasing.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Contratto di Leasing e venga effettuata l'anticipata estinzione totale oppure estinzione o risoluzione anticipata del Contratto di Leasing anche a seguito di furto, perdita totale del bene, perimento, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati: in tal caso l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/agli Assicurati la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto per ciascun Assicurato. L'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/gli Assicurati, avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del Contratto di Leasing.

Nel caso in cui la Copertura Assicurativa venga mantenuta in vigore gli indennizzi relativi alla stessa saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/risoluzione anticipata del Contratto di Leasing.

Nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa in caso di cessazione dell'Impresa stessa contestuale o successiva all'anticipata estinzione totale o alla risoluzione del Contratto di Leasing anche a seguito di furto, perdita totale del bene, perimento (nel caso in cui l'Impresa abbia richiesto di proseguire le Coperture Assicurative) le Coperture Assicurative verranno annullate dalla data di cessazione dell'Impresa come previsto all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SUBENTRO DEL CONTRATTO DI LEASING" che segue.

## **ART. 7 DIRITTO DI RECESSO**

### **DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/l'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso il Soggetto Distributore ove è stato acceso il Contratto di Leasing e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione una comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del Modulo di recesso, ai seguenti indirizzi:

AVIPOP VITA S.p.A. Viale Abruzzi, 94 20131 Milano.

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

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. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dell'Assicurato.

### **DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI**

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/l'Assicurato potrà esercitare tale facoltà recandosi presso il Soggetto Distributore ove è stato acceso il Contratto di Leasing e compilando l'apposito Modulo di recesso oppure inviando all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del Modulo di recesso, al seguente indirizzo:

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

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

Rimborso del Premio Puro:  $(PDanni \cdot 0,975) \cdot (1-H) \cdot [(N-K) \cdot (N-K+1)] / [N \cdot (N+1)]$

Rimborso dei Costi:  $(PDanni \cdot 0,975) \cdot H \cdot [(N-K)/N]$

Dove

- $PDanni \cdot 0,975$  = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale)
- $H$  = Costi sul premio
- $N$  = durata originaria del Contratto di Leasing espressa in mesi interi
- $K$  = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di recesso.

La Copertura Caso Morte rimane attiva anche in caso di recesso dalle Coperture Danni.

## **ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI**

Nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia una persona fisica:

Beneficiari in caso di Decesso dell'Assicurato, sono gli eredi testamentari dello stesso o in



manca gli eredi legittimi, salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato sul Modulo di Adesione o salvo il caso di designazioni in contrasto con norme di legge o regolamentari. Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Nel corso della durata contrattuale l'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione dei Beneficiari, mediante

- richiesta scritta indirizzata all'Impresa di Assicurazione Avipop Vita S.p.A. – Ufficio Portafoglio – Viale Abruzzi 94 – 20131 Milano con allegata copia di un documento di identità dell'Assicurato e copia del Modulo di Adesione. La richiesta deve contenere, inoltre i dati anagrafici del nuovo Beneficiario/Beneficiari;

oppure

- mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile (artt. 1920 e 1921).

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

Nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia una Impresa:

Beneficiario per la Copertura Caso Morte e per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale è l'Impresa – con il consenso scritto degli Assicurati -.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Nel corso della durata contrattuale l'Impresa – con il consenso scritto degli Assicurati - può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione del/dei Beneficiario/i Caso Morte inviando direttamente all'Impresa di Assicurazione una lettera indirizzata a:

Avipop Vita S.p.A. Ufficio Portafoglio - Viale Abruzzi 94 – 20131 Milano

con allegata copia di un documento di identità del Legale Rappresentante dell'Impresa, copia di un documento d'identità degli Assicurati e copia del Modulo di Adesione.

La richiesta deve contenere, inoltre i dati anagrafici del nuovo Beneficiario/Beneficiari.

## **ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO**

Le Coperture Assicurative sono prestate dalle Imprese di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato.

Il premio viene versato dall'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dall'Assicurato alla data di sottoscrizione del verbale di consegna e della sottoscrizione del Modulo di Adesione - da parte dell'Impresa e/o degli Assicurati - alle Polizze collettive abbinate al Contratto di Leasing, mediante trattenuta sul conto corrente dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito alla 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. Il premio per la Copertura Morte e le Coperture Danni viene determinato applicando il tasso all'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing – comprensivo del valore di riscatto finale e dell'anticipo ed al netto di eventuali canoni insoluti e dell'IVA -, in base alla durata del Contratto di Leasing (in numero di mesi interi).

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

Durata Contratto di Leasing in mesi	Copertura Morte	Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale)
Da 6 a 72 mesi	1,72%	1,28%



Da 73 a 120 mesi	1,81%	1,19%
------------------	-------	-------

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

Nel Modulo di adesione viene indicato l'importo del Premio unico da corrispondere per ogni Assicurato.

In caso di più Assicurati per lo stesso Contratto di Leasing con ripartizione dell'importo totale finanziato, il Premio per ogni Assicurato è calcolato sulla base della quota percentuale dell'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing relativa ad ogni Assicurato.

In caso di importi finanziati dal Contratto di Leasing superiori al massimale di Euro 150.000,00, il tasso di premio verrà applicato a tale massimale.

#### **ART. 10 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SUBENTRO NEL CONTRATTO DI LEASING**

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Leasing non successiva a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Totale Permanente, ovvero nei casi di subentro nel Contratto di Leasing o di estinzione o risoluzione anticipata del Contratto di Leasing anche a seguito di furto, perdita totale del bene, perimento, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione/subentro/risoluzione del Contratto di Leasing.

Il Soggetto Distributore dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione totale /subentro/risoluzione del Contratto di Leasing

Le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

Rimborso del Premio Puro:  $(PVita + PDanni \cdot 0,975) \cdot (1-H) \cdot [(N-K) \cdot (N-K+1)] / [N \cdot (N+1)]$

Rimborso dei Costi:  $(PVita + PDanni \cdot 0,975) \cdot H \cdot [(N-K)/N]$

Dove

- PVita = Premio versato per la Copertura Morte
- PDanni \* 0,975 = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale)
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Contratto di Leasing espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di anticipata estinzione totale/subentro/risoluzione del Contratto di Leasing.

In alternativa l'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare alle Imprese di Assicurazione, potrà mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

La richiesta dovrà essere effettuata dall'Impresa a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno oppure utilizzando l'apposito Modulo disponibile presso il Soggetto Distributore presso la quale è stato stipulato il Contratto.

Nel caso in cui la Copertura Assicurativa venga mantenuta in vigore gli indennizzi relativi alla stessa saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/risoluzione anticipata del Contratto di Leasing.

In caso di subentro del Contratto di Leasing non sarà possibile mantenere in vigore le Coperture Assicurative.

In caso di estinzione parziale del Contratto di Leasing, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni

che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Contratto di Leasing.

Nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa in caso di cessazione dell'Impresa stessa contestuale o successiva all'anticipata estinzione totale o alla risoluzione anticipata del Contratto di Leasing anche a seguito di furto, perdita totale del bene, perimento (nel caso in cui l'Impresa abbia richiesto di proseguire le Coperture Assicurative) le Coperture Assicurative verranno annullate dalla data di cessazione dell'Impresa. L'Impresa dovrà inviare alle Imprese di Assicurazione la richiesta di restituzione del rateo di Premio non goduto tramite l'apposito Modulo disponibile presso il Soggetto Distributore presso la quale è stato stipulato il Contratto. Le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula sopra riportata.

#### **ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO**

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati presso il Soggetto Distributore compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro. Tale Modulo, completo della documentazione prevista, dovrà essere inoltrato alle Imprese 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 Totale): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.

Gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri (sia per le Coperture Danni che per la Copertura Morte) al seguente numero verde:

#### **SERVIZIO CLIENTI**

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

Le Imprese di Assicurazione eseguono i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli "DENUNCIA 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 (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa), deve darne tempestivo avviso alle Imprese di Assicurazione. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art. 1915 C.C.

#### **ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA**

Le Imprese di Assicurazione rinunciano a favore dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dell'Assicurato ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da esse effettuate in forza del presente contratto.

#### **ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI**

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

#### **ART. 15 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI**

Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/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, per il tramite dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa), alle Imprese di Assicurazione, con riferimento alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R.. Eventuali comunicazioni da parte delle Imprese di Assicurazione saranno indirizzate alla sede legale dell'Impresa indicata sul Modulo di Adesione.

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

La Contraente e/o il Soggetto Distributore – in sede di conclusione del Contratto di Leasing – 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 Imprese 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 Imprese 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.

#### **ART. 22 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. 23 CONTROVERSIE**

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

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

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali.

#### **ART. 24 TERMINI DI DECADENZA**

Ogni diritto nei confronti delle Imprese 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 Imprese di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

## **LE GARANZIE ASSICURATIVE**

### **ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE**

#### **ART. 25 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 66° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte della Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata ai Beneficiari, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 26 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Contratto di Leasing in linea capitale alla data del decesso – comprensivo del valore di riscatto finale e dell'anticipo ed al netto di eventuali canoni insoluti e dell'IVA -, che residua dal rapporto di Contratto di Leasing contratto dall'Impresa/dall'Assicurato verso la Contraente.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 150.000,00 per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di estinzione parziale del Contratto di Leasing, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Contratto di Leasing.

In caso di più Assicurati del Contratto di Leasing con ripartizione dell'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing, la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Debito residuo: pertanto l'Impresa di Assicurazione liquiderà al Beneficiario, in caso di Decesso dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del decesso dell'Assicurato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del Contratto di Leasing alla Data di decorrenza della copertura assicurativa.

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

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Impresa di Assicurazione ai Beneficiari come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

#### **ART. 26 ESCLUSIONI**

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 25 "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;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e, solo per le garanzie prestate senza visita medica, malattie già in essere alla data di effetto della sottoscrizione del "Modulo di Adesione";
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet [www.viaggiareassicuri.it](http://www.viaggiareassicuri.it). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

In questi casi l'Impresa di Assicurazione restituirà ai Beneficiari la parte di Premio per la Copertura Morte corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la seguente formula:

Rimborso del Premio Puro:  $(PVita) \cdot (1-H) \cdot [(N-K) \cdot (N-K+1)] / [N \cdot (N+1)]$

Rimborso dei Costi:  $(PVita) \cdot H \cdot [(N-K)/N]$

Dove

- PVita = Premio versato per la Copertura Morte
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di decesso.

## **ART. 27 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:

- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa (solo nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa);
- copia del Modulo di Adesione alla polizza assicurativa comprensivo della dichiarazione di buono stato di salute o del questionario medico;
- copia del Contratto di Leasing;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Leasing, in capo all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato, sottoscritto dal Soggetto Distributore presso cui è stato acceso il Contratto di Leasing;
- dichiarazione del Soggetto Distributore presso la quale è stato acceso il Contratto di Leasing attestante l'importo del debito residuo alla data di decesso dell'Assicurato;



- 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;
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico indicante la causa del 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;
- Copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa (solo nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa);
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante, (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato nel Modulo di Adesione) (solo nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa);
- nel caso in cui il Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia una persona fisica:
  - ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori - qualora essi siano minorenni o privi di capacità di agire - dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione anche la seguente documentazione:
    - copia di un valido documento di identità;
    - copia del codice fiscale;
    - dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN;
  - se l'Assicurato NON ha lasciato testamento: atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio, autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri eredi legittimi oltre a quelli indicati);
  - se l'Assicurato HA lasciato testamento: verbale di pubblicazione, copia autenticata del testamento dello stesso ed atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato nel quale sono indicati l'elenco degli eredi testamentari, distinguendoli da eventuali legatari, 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 dell'Impresa di Assicurazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento, il decreto può essere consegnato anche in copia autenticata;
  - in presenza di procura, procura che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore a riscuotere le somme derivanti dal contratto indicandone il numero di polizza; non potranno essere ritenute valide procure rilasciate per pratiche successorie.
- nel caso in cui il Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa:
  - dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN.

Inoltre, in presenza di particolari esigenze istruttorie e, al fine di integrare le risultanze già acquisite, l'Impresa 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

## **ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

### **ART. 28 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 66° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 29 "ESCLUSIONI".

L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Contratto di Leasing in linea capitale alla data del sinistro – comprensivo del valore di riscatto finale e dell'anticipo ed al netto di eventuali canoni insoluti e dell'IVA -, che residua dal rapporto di Contratto di Leasing contratto dall'Impresa/dall'Assicurato verso la Contraente.

Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 150.000,00 per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di estinzione parziale del Contratto di Leasing, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Contratto di Leasing.

In caso di più Assicurati del Contratto di Leasing con ripartizione dell'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing, la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Debito residuo: pertanto l'Impresa di Assicurazione liquiderà all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato, in caso di Sinistro, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del Sinistro per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing alla Data di decorrenza della copertura assicurativa.

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 Impresa di Assicurazione all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

### **ART. 29 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. 30 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 data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

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 e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa (solo nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa);

- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale 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 del Soggetto Distributore presso la quale è stato acceso il Contratto di Leasing dall'Impresa attestante l'importo residuo del Contratto di Leasing in capo all'Impresa stessa/all'Assicurato stesso, alla data del sinistro;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa (solo nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa);
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante, (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato nel Modulo di Adesione) (solo nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa).
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/ dall'Assicurato con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN.

## **ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA**

### **ART. 31 PRESTAZIONI ASSICURATE**

La Impresa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili – al netto dell'IVA - , secondo le indicazioni del Contratto di Leasing, che hanno scadenza, durante il periodo dell'inabilità stessa, con il massimo di Euro 3.500,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di estinzione parziale del Contratto di Leasing, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurate resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Contratto di Leasing.

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 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;
- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa.

L'indennizzo mensile non verrà corrisposto per periodi inferiori a 10 giorni; per periodi superiori a 10 giorni verrà corrisposta l'intera mensilità, fermo restando il Periodo di Franchigia e di Carenza di cui sopra.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Impresa di Assicurazione all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato come previsto dall'Art. 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

### **ART. 32 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. 33 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 Riqualficazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa.

### **ART. 34 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI**

In caso di infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto alle Imprese 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 e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa (solo nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa);
- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione del Soggetto Distributore attestante l'importo della rata del Contratto di Leasing;
- 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);
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà

- dell'Impresa (solo nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa);
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante, (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato nel Modulo di Adesione) (solo nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa);
  - dichiarazione sottoscritta dall'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dall'Assicurato con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN.

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

Data ultimo aggiornamento: 31 marzo 2012

### 3. GLOSSARIO

#### **Assicurato**

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 60 anni non compiuti che ha aderito facoltativamente alla Polizza Convenzione sottoscrivendo il Modulo di Adesione:

- coincidente con il cliente della Contraente e intestatario del Contratto di Leasing con piano di ammortamento alla francese concesso dalla Contraente stessa;
- nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa: coincidente con il collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, che ha aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione. L'Impresa indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi.

Il Contratto di Assicurazione assicura fino ad un massimo di quattro persone per ciascun Contratto di Leasing.

#### **Beneficiario**

Nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia una persona fisica:

- Beneficiari in caso di Decesso dell'Assicurato, sono gli eredi testamentari dell'Assicurato o in mancanza gli eredi legittimi dello stesso.
- Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale è l'Assicurato stesso.

Nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia una Impresa:

- Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Caso Morte, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia è l'Impresa stessa.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

#### **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 Impresa di Assicurazione non corrisponde la prestazione assicurata.

#### **Contraente**

Alba Leasing S.p.A. con Sede e Direzione Generale in Via Sile 18, 20139 Milano, Società presso la quale è stato richiesto il Contratto di Leasing e che stipula i Contratti Collettivi di Assicurazione (Convenzione Assicurativa) con le Imprese di Assicurazione, per conto dell'Impresa e/o degli Assicurati.

#### **Contratto di Assicurazione**

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

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

#### **Convenzione Assicurativa**

Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra le Imprese di Assicurazione e Alba Leasing S.p.A. - Contraente delle Convenzioni -.

#### **Contratto di Leasing**

Il Contratto di Locazione finanziaria mediante il quale un istituto bancario o un intermediario finanziario, normalmente indicato come "concedente" o "locatore", mette a disposizione di un proprio cliente, normalmente indicato come utilizzatore o conduttore, che ne assume tutti i rischi, uno o più beni mobili o immobili, acquistati o fatti costruire su scelta e indicazione del cliente medesimo, oppure da questi venduti al concedente, verso un corrispettivo dovuto a scadenze periodiche e determinato in relazione al valore dei beni, alla durata del contratto e ad altri elementi di carattere finanziario secondo un piano di ammortamento alla francese a canoni costanti, con

facoltà del cliente di divenirne proprietario alla scadenza del contratto, corrispondendo un importo determinato o determinabile.

### **Copertura Assicurativa**

Le garanzie assicurative concesse dalle Imprese di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio Unico, a fronte del quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

### **Data di decorrenza**

La Data di decorrenza è la data di sottoscrizione del verbale di consegna del Contratto di Leasing.

### **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 carico dell'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/dell'Assicurato relativamente al leasing finanziario, sono compresi l'anticipo ed il valore di riscatto finale.

Sono esclusi l'IVA, eventuali canoni insoluti.

Si precisa inoltre che, ai fini della determinazione della prestazione assicurata, si assume tutti i canoni periodici previsti dal Contratto di Leasing, già scaduti alla data dell'evento, siano stati regolarmente corrisposti dall'Impresa/dall'Assicurato.

### **Durata delle Coperture Assicurative**

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

### **Franchigia**

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

### **Impresa**

La Società che ha sottoscritto con la Contraente un Contratto di Leasing. L'Impresa indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi.

### **Impresa di Assicurazione**

Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Impresa 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. - Impresa 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

### **Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro da Infortunio o Malattia**

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



## **Infortunio**

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

## **Intermediario**

- Alba Leasing S.p.A.: Contraente della Convenzione Assicurativa, Società alla quale è stato richiesto il Contratto di Leasing ed incaricata alla distribuzione del presente Contratto di Assicurazione;
- Banche del Gruppo Banco Popolare: Soggetti Incaricati della distribuzione del presente Contratto Assicurazione, tramite i quali è stato richiesto il Contratto di Leasing alla Contraente della Convenzione.

## **Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia**

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

## **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.

## **Margine di Solvibilità**

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

## **Periodo di Riqualficazione**

Il periodo di Riqualficazione 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. 59237 e n. 2985-2986, stipulate dalla Contraente Alba Leasing S.p.A., rispettivamente con AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. e AVIPOP VITA SpA, disciplinate dalle seguenti Condizioni Contrattuali di Assicurazione a cui abbiano aderito facoltativamente l'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione.

## **Premio**

Il premio è la somma dovuta alle Imprese di Assicurazione per le Coperture Assicurative prestate. Il premio per le Coperture Assicurative è addebitato all'Impresa (nel caso in cui Sottoscrittore del Contratto di Leasing sia un'Impresa)/all'Assicurato dalla Contraente in unica soluzione anticipata e



viene calcolato in percentuale dell'importo totale finanziato dal Contratto di Leasing richiesto in base alla durata del Contratto di Leasing.

**Premio puro**

Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione;

**Rata Mensile**

È la Rata Mensile del Contratto di Leasing come calcolata dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento rilasciato all'Impresa/all'Assicurato. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale saranno determinati in ogni caso su base mensile.

**Sinistro**

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

**Soggetto Distributore:**

Soggetti Incaricati alla distribuzione del presente Contratto di Assicurazione, tramite i quali è stato richiesto il Contratto di Leasing. Il presente Contratto è distribuito sia dalle Banche del Gruppo Banco Popolare sia direttamente dalla Contraente della Polizza Collettiva ALBA LEASING S.p.A.

**Subentro**

Il subentro è una cessione di Contratto di Leasing dal precedente utilizzatore (cedente) ad un nuovo utilizzatore del bene stesso (cessionario).

Il subentro è subordinato al gradimento della Società di Leasing e alla verifica delle capacità del cessionario di onorare il debito derivante dai canoni ancora dovuti.

Data ultimo aggiornamento: 31 marzo 2012

## 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 Imprese 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 Imprese 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

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

Senza tali dati la nostra Società non potrebbe 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).

Le informazioni relative alle operazioni poste in essere dagli interessati, ove ritenute "sospette" ai sensi della normativa antiriciclaggio (art. 41, comma 1 del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231), potranno essere comunicate dall'Impresa ad altri intermediari finanziari appartenenti al Gruppo AVIVA.

## 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 Imprese 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 Imprese 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 Imprese 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 Imprese 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 Imprese 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 Amministratore Delegato pro tempore è titolare del trattamento dei dati personali, per l'Area Industriale Assicurativa);
- 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](mailto:privacy_vita@avivaitalia.it) (il cui Amministratore Delegato pro temporale è titolare del trattamento dei dati personali, per l'Area Industriale Assicurativa).

**CREDITOR PROTECTION A PREMIO UNICO A GARANZIA DI LEASING  
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA**

**Polizze Collettive n. 2985-2986 AVIPOP ASSICURAZIONI SPA - Polizza Collettiva n. 59237 AVIPOP VITA SPA**  
**Contraente: Alba Leasing S.p.A.**

<b>IMPRESA</b> (da compilare solo se il Contratto di Leasing è stipulato da un'Impresa)		<b>MODULO DI ADESIONE NR.</b>	
Ragione Sociale		Codice Fiscale/Partita IVA	
<b>PRIMO ASSICURATO</b>		<b>MODULO DI ADESIONE NR.</b>	
Cognome e nome			
Codice Fiscale			
Comune di nascita		Data di nascita	Sesso
Indirizzo		C.a.p. - Città - Provincia	
Documento di riconoscimento nr.		Tipo documento	
Rilasciato da		Luogo	il
Professione Sottogruppo		Gruppo	
<b>SECONDO ASSICURATO</b>		<b>MODULO DI ADESIONE NR.</b>	
Cognome e nome			
Codice Fiscale			
Comune di nascita		Data di nascita	Sesso
Indirizzo		C.a.p. - Città - Provincia	
Documento di riconoscimento nr.		Tipo documento	
Rilasciato da		Luogo	il
Professione Sottogruppo		Gruppo	
<b>TERZO ASSICURATO</b>		<b>MODULO DI ADESIONE NR.</b>	
Cognome e nome			
Codice Fiscale			
Comune di nascita		Data di nascita	Sesso
Indirizzo		C.a.p. - Città - Provincia	
Documento di riconoscimento nr.		Tipo documento	
Rilasciato da		Luogo	il
Professione Sottogruppo		Gruppo	
<b>QUARTO ASSICURATO</b>		<b>MODULO DI ADESIONE NR.</b>	
Cognome e nome			
Codice Fiscale			
Comune di nascita		Data di nascita	Sesso
Indirizzo		C.a.p. - Città - Provincia	
Documento di riconoscimento nr.		Tipo documento	
Rilasciato da		Luogo	il
Professione Sottogruppo		Gruppo	

## CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Importo finanziato/assicurato: Euro ..... Durata mesi .....

Decorrenza Copertura: ...../...../..... (giorno di sottoscrizione del verbale di consegna) Scadenza ...../...../.....

Importo Premio Vita Nr. 1: Euro ..... Importo Premio Danni Nr. 1: Euro ..... % quota di copertura assicurativa  
Importo Premio Totale Nr. 1: Euro .....  
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro ..... Importo percepito dall'Intermediario: Euro .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 .....

Importo Premio Vita Nr. 2: Euro ..... Importo Premio Danni Nr. 2: Euro ..... % quota di copertura assicurativa  
Importo Premio Totale Nr. 2: Euro .....  
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro ..... Importo percepito dall'Intermediario: Euro .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 .....

Importo Premio Vita Nr. 3: Euro ..... Importo Premio Danni Nr. 3: Euro ..... % quota di copertura assicurativa  
Importo Premio Totale Nr. 3: Euro .....  
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro ..... Importo percepito dall'Intermediario: Euro .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 .....

Importo Premio Vita Nr. 4: Euro ..... Importo Premio Danni Nr. 4: Euro ..... % quota di copertura assicurativa  
Importo Premio Totale Nr. 4: Euro .....  
di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro ..... Importo percepito dall'Intermediario: Euro .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 .....

**N.B. IL PREMIO E' CALCOLATO SULLA BASE DELL'IMPORTO TOTALE FINANZIATO DAL CONTRATTO DI LEASING**

## BENEFICIARI/

### **NEL CASO IN CUI SOTTOSCRITTORE DEL FINANZIAMENTO SIA UNA PERSONA FISICA:**

In caso di Decesso dell'/degli Assicurato/i Beneficiari della prestazione sono gli eredi testamentari o in mancanza legittimi dell'/degli Assicurato/i salvo diversa indicazione di seguito riportata.

Per la Copertura Caso Morte, l'/gli Assicurato/i designa/no il/i seguente/i Beneficiario/i:

Intestatario: ..... percentuale quota di copertura assicurativa ..... %  
Beneficiario/i designato/i: .....

Assicurato 2: ..... percentuale quota di copertura assicurativa ..... %  
Beneficiario/i designato/i: .....

Assicurato 3: ..... percentuale quota di copertura assicurativa ..... %  
Beneficiario/i designato/i: .....

Assicurato 4: ..... percentuale quota di copertura assicurativa ..... %  
Beneficiario/i designato/i: .....

**Per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego Beneficiario delle Coperture è l'Assicurato stesso.**

LUOGO E DATA .....

FIRMA DELL'INTESTATARIO 1 ..... FIRMA DELL'ASSICURATO 2 .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 ..... FIRMA DELL'ASSICURATO 4 .....

### **NEL CASO IN CUI SOTTOSCRITTORE DEL FINANZIAMENTO SIA UN'IMPRESA:**

**Beneficiario delle Coperture Assicurative è l'Impresa.**

LUOGO E DATA ..... TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 ..... FIRMA DELL'ASSICURATO 2 .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 ..... FIRMA DELL'ASSICURATO 4 .....

**DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DEL/GLI ASSICURATO/I E DELL'IMPRESA:  
PRESO ATTO**

- che la "Alba Leasing" ha richiesto, per conto dei propri Clienti, ad AVIPOP Vita S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause ed a AVIPOP Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale e che le suddette garanzie, per la Copertura Vita (morte per tutte le cause) si riferiscono alla polizza collettiva n. 59237 che la Alba Leasing ha stipulato con AVIPOP Vita S.p.A., per le Coperture Danni (invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale da infortunio o malattia) si riferiscono alle polizze collettive n. 2985-2986 che la Alba Leasing ha stipulato con AVIPOP Assicurazioni S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinate al Contratto di Leasing n° \_\_\_\_\_ richiesto alla "Alba Leasing" sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni Contrattuali;
- che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata alla stipulazione del Contratto di Leasing, oltre che all'avvenuto pagamento del premio assicurativo e decorre dal giorno di sottoscrizione del verbale di consegna e termina alla data di scadenza del Contratto di Leasing o al compimento del 66esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO", di seguito riportata; ovvero
  - alla sottoscrizione dell'eventuale questionario sanitario e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione delle Imprese di Assicurazione ed il pagamento del premio verrà effettuato qualora le Imprese abbiano comunicato l'accettazione del rischio;

**DICHIARO/IAMO**

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- **di aderire**, in qualità di sottoscrittore, alle Polizze Collettive suindicate, che prevedono il versamento di un premio unico il cui ammontare lordo totale (Copertura Vita e Coperture Danni) è di \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ (euro \_\_\_\_\_) comprensivo di imposte del 2,50% sulla parte di premio relativa alle Coperture Danni;
- di **autorizzare** la "Alba Leasing" a trattenere il suddetto ammontare lordo totale dal conto corrente dell'Impresa/Assicurato prendendo atto che la somma trattenuta varrà come pagamento del premio unico a favore di AVIPOP Vita S.p.A. e AVIPOP Assicurazioni S.p.A., che a tal fine hanno conferito alla "Alba Leasing" apposito mandato all'incasso. I premi della Copertura Vita e Coperture Danni sono calcolati in base all'importo totale finanziato ed alla durata del Contratto di Leasing, secondo le modalità determinate nelle Condizioni Contrattuali;
- designo/iamo irrevocabilmente come Beneficiario della copertura assicurativa caso morte "Alba Leasing", che accetta tale designazione, fino alla concorrenza del credito residuo in linea capitale vantato, in forza del sopra citato contratto di finanziamento, alla data dell'evento assicurato;
- relativamente alle coperture assicurative per il caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, conferisco/iamo ad "Alba Leasing" mandato irrevocabile, anche nell'interesse della Contraente ai sensi dell'art. 1723, 2° comma C.C., ad incassare ogni indennizzo dovuto a fronte delle garanzie prestate restando convenuto che: a) il pagamento alla Contraente avrà piena efficacia liberatoria nei confronti di AVIPOP Assicurazioni S.p.A. per i rischi coperti e per i quali sono stati versati i premi; b) gli indennizzi sono versati da AVIPOP Assicurazioni S.p.A. ad "Alba Leasing" e non direttamente alla Contraente; c) la Contraente si impegna a versare i premi dovuti in forza del presente contratto di adesione.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

**FAC SIMILE**

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....

Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....

Nel caso in cui il Contratto di Leasing sia stipulato da un'Impresa:

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I  
RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA

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

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....

Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....



**DICHIARO /IAMO ALTRESI'**

- di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni ISVAP - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sulla Privacy ed il presente Modulo di Adesione che definiscono il Contratto. A tal proposito prendo/iamo atto che il testo integrale delle Polizze Collettive sono depositate a mia/nostra disposizione presso la sede della Contraente nonché presso qualsiasi soggetto e/o punto vendita dei quali la stessa si avvalga per il collocamento dei finanziamenti;
- di aver ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti - ai sensi dell'art. 49 comma 2 lettera a) bis del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- di aver ricevuto il documento contenente - ai sensi dell'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....

Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....

Nel caso in cui il Contratto di Leasing sia stipulato da un'Impresa:

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I  
RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA**DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE**

Dichiaro/iamo di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli: Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio - Decorrenza e durata della Copertura Assicurativa - Denuncia di sinistro - Cessione dei Diritti - Foro Competente - Controversie - Prestazioni Assicurate - Esclusioni

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....

Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....

Nel caso in cui il Contratto di Leasing sia stipulato da un'Impresa:

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I  
RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA

**SI RICHIAMA L'ATTENZIONE SUL FATTO CHE L'ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA È SUBORDINATA ALLA STIPULA DEL CONTRATTO DI LEASING IN OGGETTO ED ALL'AVVENUTO PAGAMENTO DEL PREMIO**

**AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO (OVE PREVISTO)**

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

**DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO**

(solo per importi fino a 200.000,00 € e 60 anni di età, da ritenersi valida a condizione che la copertura abbia decorrenza entro 180gg. dalla data di sottoscrizione del presente modulo)

Al fine delle suddette coperture assicurative **DICHIARO/IAMO** inoltre di:

- Non essere/essere stato/i affetto/i da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che hanno comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività negli ultimi 3 anni, per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza)
- Non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi
- Non essere in attesa di ricovero e non esser stato/i ricoverato/i durante gli ultimi 5 anni (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica)
- Non essere/essere stato/i affetto/i da una malattia acuta o cronica (esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità)

**Proscioglio/prosciogliamo dal segreto tutti i medici** nonché gli Enti ed Istituti pubblici o privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che mi/ci riguardano, autorizzandoli a rilasciare informazioni sulle mie/nostre condizioni alle Imprese di Assicurazione e ad altri Enti a fini assicurativi e riassicurativi.

**Dichiaro/iamo di essere consapevole/i che le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza.** Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di erogazione del finanziamento intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alle Imprese di Assicurazione per il tramite del Contraente prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.

**Dichiaro/iamo** agli effetti della validità della presente assicurazione, di essere consapevole/i che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese 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.

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....

Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....

#### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gli interessati (Assicurati/Legale Rappresentante), preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) – riportata nelle Condizioni di Assicurazione – acconsentono al trattamento dei loro dati personali, ivi compresi quelli sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per la vita, con la vita e da parte dei titolari del credito.

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....

Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....

**Generalità dell'acquisitore che ha effettuato la rilevazione dei dati dell'Assicurato/ Sottoscrittore del Contratto di Leasing (nel caso in cui il Contratto di Leasing sia stipulato da un'Impresa) ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio**

Nome e cognome (stampatello) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento: 31 marzo 2012

Timbro e Firma del Soggetto Distributore \_\_\_\_\_  
(per accettazione della designazione come Beneficiario e per convalida firma)

## **Avipop Assicurazioni S.p.A.**

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

[www.avivaitalia.it](http://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 63.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002

## **Avipop Vita S.p.A.**

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

[www.avivaitalia.it](http://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 47.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011

**CREDITOR PROTECTION A PREMIO UNICO A GARANZIA DI LEASING  
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA**

**Polizze Collettive n. 2985-2986 AVIPOP ASSICURAZIONI SPA - Polizza Collettiva n. 59237 AVIPOP VITA SPA**  
**Contraente: Alba Leasing S.p.A.**

<b>IMPRESA</b> (da compilare solo se il Contratto di Leasing è stipulato da un'Impresa)		<b>MODULO DI ADESIONE NR.</b>	
Ragione Sociale		Codice Fiscale/Partita IVA	
<b>PRIMO ASSICURATO</b>		<b>MODULO DI ADESIONE NR.</b>	
Cognome e nome			
Codice Fiscale			
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso	
Indirizzo	C.a.p. – Città – Provincia		
Documento di riconoscimento nr.	Tipo documento		
Rilasciato da	Luogo	il	
Professione	Gruppo	Sottogruppo	
<b>SECONDO ASSICURATO</b>		<b>MODULO DI ADESIONE NR.</b>	
Cognome e nome			
Codice Fiscale			
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso	
Indirizzo	C.a.p. – Città – Provincia		
Documento di riconoscimento nr.	Tipo documento		
Rilasciato da	Luogo	il	
Professione	Gruppo	Sottogruppo	
<b>TERZO ASSICURATO</b>		<b>MODULO DI ADESIONE NR.</b>	
Cognome e nome			
Codice Fiscale			
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso	
Indirizzo	C.a.p. – Città – Provincia		
Documento di riconoscimento nr.	Tipo documento		
Rilasciato da	Luogo	il	
Professione	Gruppo	Sottogruppo	
<b>QUARTO ASSICURATO</b>		<b>MODULO DI ADESIONE NR.</b>	
Cognome e nome			
Codice Fiscale			
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso	
Indirizzo	C.a.p. – Città – Provincia		
Documento di riconoscimento nr.	Tipo documento		
Rilasciato da	Luogo	il	
Professione	Gruppo	Sottogruppo	

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

Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002



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

Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011



## CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Importo finanziato/assicurato: Euro ..... Durata mesi .....

Decorrenza Copertura: ...../...../..... (giorno di sottoscrizione del verbale di consegna) Scadenza ...../...../.....

Importo Premio Vita Nr. 1: Euro ..... Importo Premio Danni Nr. 1: Euro ..... % quota di copertura assicurativa

Importo Premio Totale Nr. 1: Euro .....

di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro ..... Importo percepito dall'Intermediario: Euro .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 .....

Importo Premio Vita Nr. 2: Euro ..... Importo Premio Danni Nr. 2: Euro ..... % quota di copertura assicurativa

Importo Premio Totale Nr. 2: Euro .....

di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro ..... Importo percepito dall'Intermediario: Euro .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 .....

Importo Premio Vita Nr. 3: Euro ..... Importo Premio Danni Nr. 3: Euro ..... % quota di copertura assicurativa

Importo Premio Totale Nr. 3: Euro .....

di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro ..... Importo percepito dall'Intermediario: Euro .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 .....

Importo Premio Vita Nr. 4: Euro ..... Importo Premio Danni Nr. 4: Euro ..... % quota di copertura assicurativa

Importo Premio Totale Nr. 4: Euro .....

di cui - Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro ..... Importo percepito dall'Intermediario: Euro .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 .....

## N.B. IL PREMIO E' CALCOLATO SULLA BASE DELL'IMPORTO TOTALE FINANZIATO DAL CONTRATTO DI LEASING

### BENEFICIARI

#### NEL CASO IN CUI SOTTOSCRITTORE DEL FINANZIAMENTO SIA UNA PERSONA FISICA:

In caso di Decesso dell'/degli Assicurato/I Beneficiari della prestazione sono gli eredi testamentari o in mancanza legittimi dell'/degli Assicurato/I salvo diversa indicazione di seguito riportata.

Per la Copertura Caso Morte, l'/gli Assicurato/i designa/no il/i seguente/i Beneficiario/i:

Intestatario: ..... percentuale quota di copertura assicurativa .....%

Beneficiario/i designato/i: .....

Assicurato 2: ..... percentuale quota di copertura assicurativa .....%

Beneficiario/i designato/i: .....

Assicurato 3: ..... percentuale quota di copertura assicurativa .....%

Beneficiario/i designato/i: .....

Assicurato 4: ..... percentuale quota di copertura assicurativa .....%

Beneficiario/i designato/i: .....

Per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego Beneficiario delle Coperture è l'Assicurato stesso.

LUOGO E DATA .....

FIRMA DELL'INTESTATARIO 1 .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 .....

#### NEL CASO IN CUI SOTTOSCRITTORE DEL FINANZIAMENTO SIA UN'IMPRESA:

Beneficiario delle Coperture Assicurative è l'Impresa.

LUOGO E DATA ..... TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 ..... FIRMA DELL'ASSICURATO 2 .....

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 ..... FIRMA DELL'ASSICURATO 4 .....

**DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DEL/GLI ASSICURATO/I E DELL'IMPRESA:  
PRESO ATTO**

- che la "Alba Leasing" ha richiesto, per conto dei propri Clienti, ad AVIPOP Vita S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause ed a AVIPOP Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale e che le suddette garanzie, per la Copertura Vita (morte per tutte le cause) si riferiscono alla polizza collettiva n. 59237 che la Alba Leasing ha stipulato con AVIPOP Vita S.p.A., per le Coperture Danni (invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale da infortunio o malattia) si riferiscono alle polizze collettive n. 2985-2986 che la Alba Leasing ha stipulato con AVIPOP Assicurazioni S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinate al Contratto di Leasing n° \_\_\_\_\_ richiesto alla "Alba Leasing" sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni Contrattuali;
- che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata alla stipulazione del Contratto di Leasing, oltre che all'avvenuto pagamento del premio assicurativo e decorre dal giorno di sottoscrizione del verbale di consegna e termina alla data di scadenza del Contratto di Leasing o al compimento del 66esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO", di seguito riportata; ovvero
  - alla sottoscrizione dell'eventuale questionario sanitario e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione delle Imprese di Assicurazione ed il pagamento del premio verrà effettuato qualora le Imprese abbiano comunicato l'accettazione del rischio;

**DICHIARO/AMO**

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- **di aderire**, in qualità di sottoscrittore, alle Polizze Collettive suindicate, che prevedono il versamento di un premio unico il cui ammontare lordo totale (Copertura Vita e Coperture Danni) è di Euro \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ (euro \_\_\_\_\_) comprensivo di imposte del 2,50% sulla parte di premio relativa alle Coperture Danni;
- di **autorizzare** la "Alba Leasing" a trattenere il suddetto ammontare lordo totale dal conto corrente dell'Impresa/Assicurato prendendo atto che la somma trattenuta varrà come pagamento del premio unico a favore di AVIPOP Vita S.p.A. e AVIPOP Assicurazioni S.p.A., che a tal fine hanno conferito alla "Alba Leasing" apposito mandato all'incasso. I premi della Copertura Vita e Coperture Danni sono calcolati in base all'importo totale finanziato ed alla durata del Contratto di Leasing, secondo le modalità determinate nelle Condizioni Contrattuali;

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....

Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....

Nel caso in cui il Contratto di Leasing sia stipulato da un'Impresa:

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I  
RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA

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

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....

Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....

**DICHIARO /AMO ALTRESI'**

- di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni ISVAP - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sulla Privacy ed il presente Modulo di Adesione che definiscono il Contratto. A tal proposito predo/iamo atto che il testo integrale delle Polizze Collettive sono depositate a mia/nostra disposizione presso la sede della Contraente nonché presso qualsiasi soggetto e/o punto vendita dei quali la stessa si avvalga per il collocamento dei finanziamenti;
- di aver ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti - ai sensi dell'art. 49 comma 2 lettera a) bis del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- di aver ricevuto il documento contenente - ai sensi dell'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....



Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....

Nel caso in cui il Contratto di Leasing sia stipulato da un'Impresa:

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I  
RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA

#### DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Dichiaro/i amo di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli: Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio - Decorrenza e durata della Copertura Assicurativa - Denuncia di sinistro - Cessione dei Diritti - Foro Competente - Controversie - Prestazioni Assicurate - Esclusioni

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....

Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....

Nel caso in cui il Contratto di Leasing sia stipulato da un'Impresa:

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DEL/I LEGALE/I  
RAPPRESENTANTE/I DELL'IMPRESA

**SI RICHAMA L'ATTENZIONE SUL FATTO CHE L'ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA È SUBORDINATA ALLA STIPULA DEL CONTRATTO DI LEASING IN OGGETTO ED ALL'AVVENUTO PAGAMENTO DEL PREMIO.**

#### AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO (OVE PREVISTO)

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

#### DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

(solo per importi fino a 200.000,00 € e 60 anni di età, da ritenersi valida a condizione che la copertura abbia decorrenza entro 180gg. dalla data di sottoscrizione del presente modulo)

Al fine delle suddette coperture assicurative **DICHIARO/IAMO** inoltre di:

- Non essere/essere stato/i affetto/i da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che hanno comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività negli ultimi 3 anni, per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza)
- Non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi
- Non essere in attesa di ricovero e non esser stato/i ricoverato/i durante gli ultimi 5 anni (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica)
- Non essere/essere stato/i affetto/i da una malattia acuta o cronica (esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità)

**Proscioglio/prosciogliamo dal segreto tutti i medici** nonché gli Enti ed Istituti pubblici o privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che mi/ci riguardano, autorizzandoli a rilasciare informazioni sulle mie/nostre condizioni alle Imprese di Assicurazione e ad altri Enti a fini assicurativi e riassicurativi.

**Dichiaro/i amo di essere consapevole/i che le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza.** Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di erogazione del finanziamento intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alle Imprese di Assicurazione per il tramite del Contraente prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.

**Dichiaro/i amo** agli effetti della validità della presente assicurazione, di essere consapevole/i che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese 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.

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1.....	Firma Assicurando 2.....
Firma Assicurando 3.....	Firma Assicurando 4.....

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Gli interessati (Assicurati/Legale Rappresentante), preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) – riportata nelle Condizioni di Assicurazione – acconsentono al trattamento dei loro dati personali, ivi compresi quelli sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Luogo e Data.....

Firma Assicurando 1..... Firma Assicurando 2.....

Firma Assicurando 3..... Firma Assicurando 4.....

**Generalità dell'acquirente che ha effettuato la rilevazione dei dati dell'Assicurato/ Sottoscrittore del Contratto di Leasing (nel caso in cui il Contratto di Leasing sia stipulato da un'Impresa) ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio**

Nome e cognome (stampatello) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento: 31 marzo 2012

Timbro e Firma della Filiale \_\_\_\_\_  
(per accettazione della designazione come Beneficiario e per convalida firma)