

**CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO
ABBINABILE AI MUTUI NUOVI (PREMI FINANZIATI) E STOCK CHIROGRAFARI,
IPOTECARI (FINO A 10 anni e 6 mesi) ED ALLE APERTURE DI CREDITO IN
CONTO CORRENTE CON PIANO DI RIMBORSO PROGRAMMATO
TARiffe CP62-CP63-CP64-CP65**

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA

**per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero
per Grande Intervento Chirurgico - 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 - Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informazioni sul Trattamento dei Dati Personali;
- 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

**Il presente Contratto di Assicurazione è facoltativo e non è
necessario per ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte**

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

Gruppo Aviva

AREA RISERVATA **AVIPOP**

Pochi click per essere sempre aggiornato,
quando e dove vuoi.

Attiva subito il tuo account su **www.avipop.it**

ed accedi alla tua **area personale** dove potrai trovare:



Le coperture assicurative in essere



Lo stato dei pagamenti e relative scadenze



Le condizioni contrattuali e i documenti di polizza



...e molto altro ancora

1. NOTA INFORMATIVA

CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO ABBINABILE AI MUTUI NUOVI E STOCK CHIROGRAFARI, IPOTECARI (FINO A 10 anni e 6 mesi) ED ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE CON PIANO DI RIMBORSO PROGRAMMATO

Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 59352

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

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 Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano – Italia.

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

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzione_vita@aviva.com
- per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni_vita@aviva.com

Avipop Vita S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS 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 69.787.652,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 47.500.000,00 (i.v.), le Riserve Patrimoniali a Euro 7.449.461,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio dell'Impresa stessa è pari al 269%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1074%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizioni Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa.

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.; non è necessario, pertanto, la sua sottoscrizione al fine di ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.

La presente Copertura caso morte è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alle Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico e Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia prestate da Avipop Assicurazioni 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, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 1 anno e massimo di:

- 10 anni e 6 mesi, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui ipotecari;
- 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui chirografari
- 4 anni per le Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato,

coincide:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: con la durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa);
- per i Finanziamenti già in corso: con la durata residua del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) calcolata dalla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa alla Data di scadenza originaria del Finanziamento;

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente la Banca che ha erogato il Finanziamento;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente (Imprese) intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire; un'Impresa intestataria del Finanziamento che designa gli Assicurati della presente Polizza Collettiva tra i suoi collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per la stessa. Inoltre il presente Contratto può essere stipulato da persone fisiche iscritte ad albi professionali per Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato deliberati e perfezionati in relazione alla specifica attività professionale esercitata, in tal caso l'Assicurato sarà la medesima persona fisica. Laddove non diversamente indicato, il termine Impresa si intende riferito anche a tali persone fisiche;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata pari all'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o al debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso).

In caso di più Assicurati del finanziamento, possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche per ciascun Contratto di Finanziamento:

- 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:
- un Assicurato potrà essere assicurato per l'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o per il debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso).

Il Contratto di Assicurazione prevede, nella seguente 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 in linea capitale alla data del Decesso, al netto di eventuali rate insolte.

La prestazione assicurativa verrà corrisposta previa comunicazione documentata della Contraente.

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 750.000,00 per Assicurato; limite complessivo per Assicurato anche in caso lo stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati. Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" delle Condizioni di Assicurazione.

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 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di adesione relative alle dichiarazioni dell'Assicurato ai fini dell'efficacia della Copertura Assicurativa.

4. PREMI

La Copertura Assicurativa viene prestata dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa di un premio unico ed anticipato.

Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) in base alla durata della Copertura Assicurativa.

Tale premio viene versato dall'Impresa:

- al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione)

oppure

- al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso),

A tal fine l'Impresa ha conferito alla Contraente della Polizza apposito mandato al pagamento del Premio all'Impresa di Assicurazione.

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 50% del Premio unico versato di cui la quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 90% del costo stesso.

A titolo esemplificativo 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 500,00 di cui Euro 450,00 rappresentano l'importo percepito dall' Intermediario.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di decesso o di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - garanzia prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A. -, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa, entro 30 giorni, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria ovvero, in caso di anticipata estinzione parziale, la parte di premio corrispondente all'importo del finanziamento rimborsato sempre rispetto alla data di scadenza originaria

Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale/parziale o della surroga del Finanziamento, in alternativa al rimborso del premio, l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore fino alla scadenza contrattuale originaria la Copertura Assicurativa che, resterà commisurata all'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

In caso di accollo del Finanziamento non sarà possibile mantenere in vigore la Copertura Assicurativa.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

Di seguito si riporta un esempio di calcolo del rateo di premio che verrà rimborsato all'Impresa in caso di estinzione totale della Copertura:

$$R = (PVita * ((N-K) * (N-K+1)) / (N * (N+1)) + H * (N-K) / N) * Cap_Estinto / DR(*)$$

Decorrenza delle coperture assicurative		01/03/2016
Scadenza delle coperture assicurative		01/03/2024
Capitale assicurato		€ 100.000,00
Data Estinzione Anticipata		20/07/2019
Durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)	N	96
Mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla data di anticipata estinzione	K	40
TASSO PREMIO		0,02773%
PREMIO VERSATO	PVita	€ 2.662,08
Costi sul premio (50%) in valore assoluto	H	€ 1.331,04
Provvigioni (90% dei costi sopra riportati)		€ 1.197,94
Spese di gestione		€ 133,10
Premio versato al netto dei costi (Premio puro)		€ 1.331,04
Importo da rimborsare		€ 1.232,70
di cui Premio puro		€ 456,26
di cui spese		€ 776,44

(*) in caso di estinzione totale Capitale estinto (Cap_Estinto) e Debito residuo (DR) coincidono pertanto non sono riportati nell'esempio in quanto non modificano il risultato dell'esempio

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 nel Tasso di Premio è pari alla seguente percentuale:

Costo %
50%

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.

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte del costo sopra riportato percepita dall'Intermediario:

Quota-parte del costo retrocessa all'Intermediario
90%

6. SCONTI

Non sono previsti sconti.

7. REGIME FISCALE - LEGALE

7.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

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 SEQUESTRABILITÀ

Ai sensi dell'Art.1923 del Codice Civile le somme in dipendenza di Contratti di Assicurazione non sono né pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

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

La Copertura Assicurativa decorre:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa;
- per i Finanziamenti già in corso: dalle ore 24.00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato e di pagamento del premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa.

Successivamente la Contraente provvede ad inviare, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, all'Impresa una Lettera di Benvenuto.

Per maggiori dettagli relativi alla data di decorrenza del Contratto e all'efficacia delle Coperture Assicurative si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato nell'ambito dell'abbinata Copertura di Invalidità Totale Permanente prestata dall'Impresa di Assicurazione Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Impresa;
- surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'art. 120 quater del D.LGS. 385/1993;
- accollo del Contratto di Finanziamento, ai sensi dell'art. 1273 del Codice Civile;
- annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte dell'Impresa di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

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, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" 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 può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo: Avipop Vita S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

Il Premio pagato per la Copertura Assicurativa verrà rimborsato all'Impresa dall'Impresa di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso. Qualora il premio sia stato finanziato, lo stesso sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Impresa effettuata al momento del recesso, il premio potrà essere direttamente rimborsato alla stessa dall'Impresa di Assicurazione.

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 dai Beneficiari, i quali potranno compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Filiale della Contraente. La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata all'Impresa di Assicurazione al seguente indirizzo: Avipop Vita S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.

Per una più veloce gestione della liquidazione è opportuno fornire un numero di telefono o un indirizzo e-mail di contatto. Per ulteriori informazioni in merito alla documentazione da produrre è possibile contattare il numero verde 800.113085.

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 dai Contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto 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 - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano *telefax 02 2775 245 indirizzo email: reclami_vita@aviva.com*.

I reclami riguardanti invece il comportamento dell'intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati all'intermediario stesso che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione.

I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati all'Impresa, o viceversa, saranno trasmessi senza ritardo dall'uno all'altro, dandone contestuale notizia al reclamante.

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:

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito dell'Impresa di Assicurazione, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del 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 previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito

registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto all'Impresa, 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.aviva.it.

Inoltre, sempre sul sito www.aviva.it, è disponibile un'Area Clienti che offre la possibilità all'Assicurato di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto.

Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Assicurato riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso.

Tramite l'Area Clienti l'Assicurato può consultare ad esempio le Condizioni Contrattuali, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

17. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Le comunicazioni dell'Assicurato 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. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano
- anche alla Contraente presso cui è appoggiato il Contratto di Assicurazione.

18. CONFLITTO DI INTERESSI

L'Impresa di Assicurazione è dotata di una procedura per l'individuazione e la gestione dei conflitti d'interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti di assicurazione, al fine di garantire che l'operato della stessa e dei propri intermediari non rechi pregiudizio agli interessi dei Contraenti, nel rispetto altresì degli obblighi di trasparenza e correttezza nei rapporti con la clientela.

In particolare la procedura è finalizzata a fare in modo che l'Impresa, a seconda della tipologia dei contratti offerti:

- si astenga dall'effettuare operazioni in cui vi sia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto, anche derivante da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo, attraverso la sua preventiva individuazione;
- valuti l'eventuale inevitabilità del conflitto così individuato;
- effettui operazioni nell'interesse dei Contraenti alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione ed alla natura delle operazioni stesse;
- operi al fine di contenere i costi a carico dei Contraenti ed ottenere per loro il miglior risultato possibile, anche in relazione agli obiettivi assicurativi;
- si astenga dall'effettuare operazioni con frequenza non necessaria per la realizzazione degli obiettivi assicurativi;
- si astenga da ogni comportamento che possa avvantaggiare una gestione separata o un fondo interno a danno di un altro.

Avipop Vita S.p.A., l'Impresa che commercializza il presente Contratto, fa capo al Gruppo Inglese Aviva Plc, è controllata al 100% da Avipop Assicurazioni S.p.A.. Avipop Assicurazioni S.p.A. è partecipata al 50,001% da Aviva Italia Holding S.p.A. ed al 49,999% da Holding di partecipazioni finanziarie Banco BPM S.p.A.. Il prodotto viene distribuito dalle Banche del Gruppo Banco BPM.

Nell'ambito di tali rapporti ed in applicazione della procedura sopra descritta, è stata pertanto individuata la seguente situazione passibile di conflitto di interesse:

- l'impresa di Assicurazione e l'intermediario che distribuisce il prodotto sono legati da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

In ogni caso l'Impresa di Assicurazione, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

* * * *

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
Alberto Vacca

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Alberto Vacca', written in a cursive style.

1. NOTA INFORMATIVA

**CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO
ABBINABILE AI MUTUI
NUOVI E STOCK CHIROGRAFARI, IPOTECARI (FINO A 10 anni e 6 mesi) ED
ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE CON PIANO DI
RIMBORSO PROGRAMMATO**

- Coperture Danni: - Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia -- Polizza Collettiva nr. 3546.

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

L'Assicurato 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 Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano – Italia.

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

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: avipop_assicurazioni_spa@legalmail.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: sinistri_bancassurance@aviva.com

Avipop Assicurazioni S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento IVASS 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 81.514.976,00 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 2.248.381,00 di Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Impresa stessa è pari al 370%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1282%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizioni Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa di Assicurazione.

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, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 1 anno e massimo di:

- 10 anni e 6 mesi, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui ipotecari;
- 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui chirografari

- 4 anni per le Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato, coincide;
- per i Finanziamenti di nuova erogazione: con la durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa);
- per i Finanziamenti già in corso: con la durata residua del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) calcolata dalla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa alla Data di scadenza originaria del Finanziamento;

La durata del Contratto di Finanziamento è comunicata all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio,.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

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 Assicurazioni S.p.A., non è necessario, pertanto, la sua sottoscrizione al fine di ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.

Le presenti Coperture sono sottoscrivibili esclusivamente in abbinamento alla Copertura Morte prestata da Avipop Vita S.p.A..

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente la Banca che ha erogato il Finanziamento;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente (Imprese) intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- un'Impresa intestataria del Finanziamento che designa gli Assicurati della presente Polizza Collettiva tra i suoi collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per la stessa; inoltre il presente Contratto può essere stipulato da persone fisiche iscritte ad albi professionali per Contratti di Apertura di Credito a tempo indeterminato deliberati e perfezionati in relazione alla specifica attività professionale esercitata, in tal caso l'Assicurato sarà la medesima persona fisica. Laddove non diversamente indicato, il termine Impresa si intende riferito anche a tali persone fisiche;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata pari all'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o al debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso).

In caso di più Assicurati del finanziamento, possono essere assicurate fino a quattro persone fisiche per ciascun Contratto di Finanziamento:

- 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:

- un Assicurato potrà essere assicurato per l'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o per il debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso).

Nel caso di più Assicurati del medesimo Finanziamento, 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 del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o al debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso) 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 Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico
- 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 da Infortunio o Malattia 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 la prestazione assicurata pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute.

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 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche in caso lo stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) per un importo superiore al massimale di Euro 750.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato o il debito residuo alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa. **Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" delle Condizioni di Assicurazione.**

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 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento abbiano un'età inferiore o uguale a 75 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 400.000 Euro	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 200.000 Euro	Invalidità 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta

PRESTAZIONE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico da Infortunio o Malattia, la liquidazione mensile all'Impresa di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, **con il massimo di Euro 5.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 32 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La Copertura Assicurativa per il caso di ricovero è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni;
- ad un Periodo di Franchigia di 7 giorni.

Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 33 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento abbiano un'età inferiore o uguale a 75 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 del finanziamento da rimborsare = 3000 Euro	Durata Ricovero ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico	Franchigia di 7 giorni
Ricovero ospedaliero per grande intervento	8 giorni	Liquidazione di una mensilità per superamento franchigia
Ricovero ospedaliero per grande intervento	39 giorni senza soluzione di continuità	Liquidazione di due mensilità (30 giorni in eccesso al primo ricovero liquidabile per superamento della franchigia)
Ricovero ospedaliero per Grande intervento	13 mesi	Indennizzo massimo di 12 mesi
Ricoveri ospedalieri per grande intervento di diversa durata con soluzione di continuità durante il periodo della Copertura Assicurativa	Totale di 40 mesi	Indennizzo massimo di 12 mesi per sinistro con il massimo di 36 rate periodo per tutta la durata della polizza
Ricovero ospedaliero avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della Copertura Assicurativa (periodo di carenza)	Durata ricovero ininfluente	Nessuna liquidazione

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 - di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa con il massimo di Euro 5.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 35 "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 30 giorni.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 36 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento abbiano un'età inferiore o uguale a 75 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 = 5.000 Euro	Franchigia assoluta = 30 giorni
Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia	Liquidazione della rata mensile 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 = 60 giorni; Scadenza rata = 28 di ogni mese Data sinistro = 1 luglio; Scadenza rata 28 Luglio 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 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.

AVVERTENZA Prima di sottoscrivere il Questionario Medico, l'eventuale Rapporto di Visita Medica ed il Modulo di Adesione l'Assicurato dovrà verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni rese in essi contenute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione, nonché determinare la cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

5. PREMI

Le Coperture Assicurative vengono prestate dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa di un premio unico ed anticipato.

Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) in base alla durata della Copertura Assicurativa.

Tale premio viene versato dall'Impresa:

- al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione

alle Polizze Collettive abbinate al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione)

oppure

- al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze Collettive abbinate al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso),

A tal fine l'Impresa ha conferito alla Contraente della Polizza apposito mandato al pagamento del Premio all'Impresa di Assicurazione.

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 50% del Premio unico versato al netto delle imposte – dove applicabili -. La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 90% del costo stesso.

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 500,00 di cui Euro 450,00 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione di Invalidità Totale e Permanente o di Decesso (garanzia prestata da Avipop Vita S.p.A.), ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa, entro 30 giorni, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria ovvero, in caso di anticipata estinzione parziale, la parte di premio corrispondente all'importo del finanziamento rimborsato, sempre rispetto alla data di scadenza originaria.

In alternativa al rimborso del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale/parziale, surroga o accollo del Finanziamento, l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore fino alla scadenza contrattuale originaria le Coperture Assicurative che resteranno commisurate all'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

In caso di accollo del Finanziamento non sarà possibile mantenere in vigore le Coperture Assicurative.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

Di seguito si riporta un esempio di calcolo del rateo di premio che verrà rimborsato all'Impresa in caso di estinzione totale della Copertura (gli importi sono espressi in Euro):

$$R = (PDanni * ((N-K) * (N-K+1)) / (N * (N+1))) + H * (N-K) / N * Cap_Estinto / DR(*)$$

Decorrenza delle coperture assicurative		01/06/2017
Scadenza delle coperture assicurative		01/06/2025
Capitale assicurato		100.000
Data Estinzione Anticipata		20/10/2020
Durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)	N	96
Mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla data di anticipata estinzione	K	40

		DANNI
TASSO PREMIO LORDO DI TASSE		0,023270%
PREMIO		2.233,92
TASSE		54,49
PREMIO IMPONIBILE	Pdanni	2.179,43
Costi sul premio imponibile (50%) in valore assoluto	H	1.089,72
Provvigioni (90% dei costi sopra riportati)		980,75
Spese di gestione		108,97
Premio versato al netto dei costi		1.089,72
Importo da rimborsare		1009,21
di cui Premio puro		373,54
di cui spese		635,67

(*) in caso di estinzione totale, Capitale estinto (Cap_Estinto) e Debito residuo (DR) coincidono pertanto non sono riportati nell'esempio in quanto non modificano il risultato dell'esempio stesso.

6. RIVALSE

L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Impresa, 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 può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso.

Il Premio pagato, al netto delle imposte, per le Coperture Assicurative verrà rimborsato all'Impresa dall'Impresa di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Qualora il premio sia stato finanziato, lo stesso sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Impresa effettuata al momento del recesso, il premio al netto delle imposte potrà essere direttamente rimborsato alla stessa dall'Impresa di Assicurazione

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 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 potrà esercitare tale facoltà recandosi presso la filiale della Contraente 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, al seguente indirizzo:

Avipop Assicurazioni S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa 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.

ESEMPIO ESERCIZIO DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE:

Data decorrenza: 01/06/2017

Data scadenza coperture assicurative: 01/06/2027

Data dopo la quale si può esercitare il recesso: 01/06/2021

Data effetto del primo recesso utile (da inviarsi con preavviso di 60gg): 01/06/2022

Data cessazione copertura nel caso di cui sopra: 01/06/2022

8. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto 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.

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 da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico ed 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.

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.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI

La gestione dei sinistri è affidata ad una Struttura Esterna, CIS Insurance Services.

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, può essere effettuata presso la Filiale della Contraente compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro.

La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata entro 60 giorni ad Avipop Assicurazioni S.p.A. – Servizio Sinistri – mediante servizio postale all'indirizzo: Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati negli Articoli "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

L'Impresa potrà rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri al seguente numero verde:

SERVIZIO CLIENTI

N° Verde 800 893 495

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 30-33-37 "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 di quest'ultima.**

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 - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano telefax 02 2775.245 indirizzo mail: cureclami@aviva.com..

I reclami riguardanti invece il comportamento dell'intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati all'intermediario stesso che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione.

I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati all'Impresa, o viceversa, saranno trasmessi senza ritardo dall'uno all'altro, dandone contestuale notizia al reclamante.

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:

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito dell'Impresa di Assicurazione, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del 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, previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

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.

14. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto alla Contraente ed all'Impresa, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare all'Impresa stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto di Assicurazione stesso.

Per l'aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di cui al punto 2 "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA" si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo www.avipop.it.

Inoltre, sempre sul sito www.avipop.it, è disponibile un'Area Clienti, che offre la possibilità all'Assicurato di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto.

Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Assicurato riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso.

Tramite l'Area Clienti l'Assicurato può consultare ad esempio le Condizioni Contrattuali, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

* * * *

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
Alberto Vacca



2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO ABBINABILE AI MUTUI NUOVI E STOCK CHIROGRAFARI, IPOTECARI (FINO A 10 anni e 6 mesi) ED ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE CON PIANO DI RIMBORSO PROGRAMMATO

I testi integrali della Polizza Collettiva n. 3546 stipulata tra il Banco BPM S.p.A. e Avipop Assicurazioni S.p.A. e della Polizza Collettiva n. 59352 stipulata tra il Banco BPM S.p.A. ed Avipop Vita S.p.A. sono depositati presso la sede della Contraente e, rispettivamente, presso le sedi di Avipop Assicurazioni SPA e Avipop Vita S.p.A.

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra la Banca 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.;
- Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, 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; le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico 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 l'Impresa sottoscriva/abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di durata residua (per i Finanziamenti già in corso):

- per i Mutui Ipotecari: non inferiore a 1 anno e non superiore a 10 anni più un'eventuale estensione di 6 mesi per il periodo di preammortamento; per i Mutui chirografari: non inferiore a 1 anno e non superiore a 7 anni comprensiva di eventuale preammortamento;;
- per le Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato: non inferiore a 1 anno e non superiore a 4 anni.

Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue.

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

- residenza nel territorio della Repubblica Italiana;
- un'età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati) e dell'età, secondo la tabella seguente:

- 1) compilato un Questionario Medico su apposito modulo;
- 2) compilato il "Rapporto di Visita Medica" su apposito modulo ed effettuato gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dalla Impresa di Assicurazione.

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

Il costo della visita e degli accertamenti medici è a totale carico dell'Assicurato.

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età all'adesione da 18 anni compiuti a 65 anni compiuti	Età all'adesione da 66 anni compiuti a 70 anni compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Rapporto Visita medica
Oltre € 300.000,00 - Fino a € 750.000,00 (**)	Rapporto Visita medica	Rapporto Visita medica

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

- devono essere considerate anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con la Impresa di Assicurazione;
- l'importo è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati.

(**) nel caso in cui, per effetto di cumuli con altre eventuali Coperture Assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione, la somma assicurata ecceda i 750.000,00 Euro è richiesto sempre il Rapporto Visita medica oltre all'ulteriore documentazione che l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di ricevere.

Le Imprese di Assicurazione:

- relativamente al Questionario Medico, si riserva il diritto, una volta esaminato lo stesso di richiedere la compilazione del Rapporto di Visita Medica;
- relativamente al Rapporto di 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 dalla Contraente 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:

- un Assicurato potrà essere assicurato per l'importo totale del finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o per il debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso).

Nel caso di più Assicurati del medesimo Finanziamento, 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 della Copertura per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o al debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso) e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione delle Coperture Assicurative.

ART 3.1 CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E IMPRESA

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

- dare tempestiva comunicazione dell'avvenuta cessazione alle Imprese di Assicurazione per il tramite della Contraente; in mancanza di tale comunicazione la copertura assicurativa si intende operante per l'Assicurato originariamente indicato;

- comunicare alle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente, - 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 somma assicurata si intende il debito residuo in essere alla data di sottoscrizione del Modulo Cambio Assicurato.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico, 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 Rapporto di Visita Medica:

- le Coperture Assicurative non saranno efficaci 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;
- le Coperture Assicurative continueranno 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, le Imprese di Assicurazione comunicheranno all'Impresa, per il tramite della Contraente, il rifiuto del rischio. L'Impresa provvederà a comunicare, per il tramite della Contraente, alle Imprese di Assicurazione il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio, il quale dovrà sottoporsi alle formalità assuntive di cui all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" che precede.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

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

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte o Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche in caso lo stesso sia coperto per più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) per un importo superiore al massimale di Euro 750.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato o il debito residuo alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico : Euro 5.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata delle Coperture Assicurative.

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 cessazione dell'assicurazione a seguito di annullamento o recesso dalle Coperture Assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione
- la perdita totale del diritto all'indennizzo

ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora le Imprese di Assicurazione venissero a conoscenza, successivamente alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti per le quali le Imprese di Assicurazione non avrebbero consentito la stipula del Contratto di Assicurazione secondo quanto previsto dall'art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ", le Imprese di Assicurazione, previa comunicazione da farsi all'Impresa/Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui sono venute a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni dello stesso, potranno annullare o recedere dalle Coperture Assicurative con effetto dalla data di inizio delle stesse e provvederanno alla restituzione integrale del premio versato all'Impresa, al netto delle imposte.

Qualora le Imprese di Assicurazione venissero a conoscenza, in fase di accertamento per sinistro, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti all'atto della compilazione del

Questionario Medico o dell'eventuale Rapporto di Visita Medica per le quali le Imprese di Assicurazione non avrebbero consentito la stipula del Contratto di Assicurazione, le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formula:

$$R = ((PVita + PDanni) * ((N - K) * (N - K + 1)) / (N * (N + 1))) + H * (N - K) / N$$

Dove:

- R = importo da rimborsare
- PVita e PDanni = Premio versato al netto dei costi e tasse (solo danni) **riproporzionato** sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data del decesso oppure alla Data di recesso (per le Coperture Danni)

In particolare PVita, PDanni e H dovranno essere riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale come segue:

$$PVita = PVita * (1 - Cap_estinto / Debito_residuo)$$

$$PDanni = PDanni * (1 - Cap_estinto / Debito_residuo)$$

$$H = H * (1 - Cap_estinto / DR)$$

Le Coperture Assicurative Danni, prestate da Avipop Assicurazioni S.p.A., cesseranno con effetto dal giorno del decesso oppure, in caso di sinistro relativo alle Coperture Danni, dal giorno in cui l'Impresa di Assicurazione ne invierà comunicazione scritta all'Impresa/Assicurato, dafarsi comunque entro tre mesi dal giorno in cui la stessa è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese.

Qualora fossero fornite alle Imprese di Assicurazione all'atto della adesione alle Coperture Assicurative informazioni inerenti allo stato di salute, si richiama particolare attenzione degli Assicurati che devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, in questo caso, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle Imprese di Assicurazione, per il tramite dell'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 del finanziamento all'Impresa avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se l'erogazione del finanziamento all'Impresa 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.

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, la Contraente, l'Impresa e gli Assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite il Contraente - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Per ciascun Assicurato, le Coperture Assicurative decorrono:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa;
- per i Finanziamenti già in corso: dalle ore 24.00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato e di pagamento del premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa.

Il perfezionamento dell'adesione e la conseguente costituzione del rapporto assicurativo sono subordinati, secondo quanto disposto dall'art. 23 del D. Lgs. 231/2007, all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela da compiersi attraverso il modulo predisposto a tale scopo.

La decorrenza delle Coperture Assicurative e la durata del Contratto di Finanziamento vengono comunicate all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare all'Impresa entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative una **Lettera di Benvenuto** nella quale vengono riportati:

- la data di decorrenza;
- l'importo del premio versato;
- i termini e le modalità per l'esercizio del diritto di recesso con l'indicazione, nel caso in cui il premio fosse stato finanziato, di come si ridurrebbe l'importo del finanziamento e la corrispondente rata;
- il riepilogo delle caratteristiche delle Coperture Assicurative sottoscritte.

La durata delle Coperture Assicurative, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 1 anno e massimo di:

- 10 anni e 6 mesi, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui ipotecari;
- 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui chirografari
- 4 anni per le Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato,

coincide:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: con la durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa);
- per i Finanziamenti già in corso: con la durata residua del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) calcolata dalla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa alla Data di scadenza del Finanziamento;

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

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Impresa;
- surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'art. 120 quater del D.LGS. 385/1993;
- accollo del Contratto di Finanziamento, ai sensi dell'art. 1273 del Codice Civile;
- annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

In caso di cessazione delle Coperture Assicurative Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico) a seguito di Decesso dell'Assicurato, il premio versato dall'Impresa ad Avipop Assicurazioni S.p.A. rimarrà acquisito da quest'ultima.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento 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 Finanziamento: in tal caso l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto relativa agli altri Assicurati. L'Impresa avrà

comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative per uno o più Assicurati fino alla scadenza originaria del Finanziamento, sempre ad esclusione delle Coperture Assicurative cessate per Invalidità Totale Permanente. Il premio versato relativo all'Assicurato sul quale si è verificato il sinistro di Decesso o di Invalidità Totale e Permanente resta comunque acquisto dalle Imprese di Assicurazione.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale oppure la surroga o l'accollo dello stesso, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati: in tal caso l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto per ciascun Assicurato. In caso di anticipata estinzione totale del Finanziamento oppure di surroga l'Impresa avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative per uno o più Assicurati fino alla scadenza originaria del Finanziamento.

Nel caso in cui le Coperture Assicurative vengano mantenute in vigore, gli indennizzi relativi alle stesse saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dalle Imprese di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.

In caso di cessazione dell'Impresa, contestuale o successiva all'estinzione totale o alla surrogazione del finanziamento (nel caso in 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, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" che segue.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

Avipop Vita S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

Avipop Assicurazioni S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

Il Premio pagato, al netto delle eventuali imposte, per le Coperture Assicurative verrà rimborsato all'Impresa dalle Imprese di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Qualora il premio sia stato finanziato, lo stesso sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Impresa effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato alla stessa dalle Imprese di Assicurazione.

DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Impresa 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 potrà esercitare tale facoltà recandosi presso la filiale della Contraente 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, al seguente indirizzo:

Avipop Assicurazioni S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

$$R = (PDanni * ((N-K) * (N-K+1)) / (N * (N+1))) + H * (N-K) / N$$

Dove:

- R = importo da rimborsare
- PDanni = Premio versato per le Coperture Danni al netto dei costi e tasse (riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate)
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Recesso. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di recesso non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene il recesso.

In particolare PDanni e H dovranno essere riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale come segue:

$PDanni = PDanni * (1 - Cap_estinto / DR)$

$H = H * (1 - Cap_estinto / DR)$

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

ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Beneficiario per la Copertura Caso Morte e per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico è l'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato.

Nel corso della durata contrattuale l'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato - può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione del/dei Beneficiario/i Caso Morte mediante richiesta scritta effettuata presso il Soggetto Incaricato.

Nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali Beneficiari della prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato, sono gli eredi testamentari dell'Assicurato o in mancanza gli eredi legittimi dello stesso, salvo casi di designazioni in contrasto con norme di legge o regolamentari.

Nel corso della durata contrattuale l'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione dei Beneficiari, mediante richiesta scritta effettuata presso il Soggetto Incaricato.

Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purchè la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita.

Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme relative a tali polizze fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

Beneficiario per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico è l'Assicurato stesso.

ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

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

Tale premio viene versato dall'Impresa:

- al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione)

oppure

- al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso),

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 la Copertura Danni viene determinato applicando il tasso moltiplicato per la durata del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o per la durata residua del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso) (in numero di mesi interi), all'importo totale del finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso).

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

	Mutui Chirografari/Apertura di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato	Mutui Ipotecari
Copertura Morte	0,02773%	0,03314%
Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico)	0,02327%	0,02186%

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

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

ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non successiva a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento, in alternativa al rimborso del premio, l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

In caso di accollo del Finanziamento non sarà possibile mantenere in vigore le Coperture Assicurative.

La Banca dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione totale /surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

Nel caso in cui l'Impresa non richieda di mantenere in vigore le Coperture Assicurative oppure in caso di accollo, le Imprese di Assicurazione, entro 30 giorni, restituiranno all'Impresa la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formula:

$$R = ((PVita + PDanni) * ((N - K) * (N - K + 1)) / (N * (N + 1)) + H * (N - K) / N) * Cap_estinto / Debito_Residuo$$

Dove:

- R = importo da rimborsare
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- PVita e PDanni = Premio versato al netto dei costi e tasse (solo danni) riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate

- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Anticipata Estinzione Totale/Parziale/surroga/accollo del finanziamento.
- Cap_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'Impresa
- Debito_Residuo = debito residuo dell'Impresa al momento dell'Anticipata Estinzione Totale/Parziale/surroga/accollo del finanziamento.

In particolare H e PVita e PDanni dovranno essere riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale come segue:

$$\begin{aligned} PVita &= PVita * (1 - \text{Cap_estinto} / \text{Debito_residuo}) \\ PDanni &= PDanni * (1 - \text{Cap_estinto} / \text{Debito_residuo}) \\ H &= H * (1 - \text{Cap_estinto} / \text{Debito_residuo}) \end{aligned}$$

Nel caso in cui l'Impresa scelga di mantenere in vigore le Coperture Assicurative gli indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dalle Imprese di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.

In caso di cessazione dell'Impresa, contestuale o successiva all'estinzione totale o alla surrogazione del finanziamento (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 la sede della Contraente. Le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula sopra riportata.

ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento, l'Impresa ha la possibilità di richiedere per iscritto alle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo:

- il rimborso parziale della parte di premio non goduto, commisurando le Coperture Assicurative al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Impresa oppure
- di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria.

La Contraente dovrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento.

Nel caso in cui l'Impresa richieda il rimborso parziale della parte di premio non goduto, le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa, entro 30 giorni, la parte di Premio relativa all'importo del finanziamento rimborsato ed al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata al paragrafo precedente.

ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto il quale potrà utilizzare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Filiale della Contraente. La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata alle Imprese di Assicurazione ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Morte: Avipop Vita S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico): Avipop Assicurazioni S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.

L'Assicurato e gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri ai seguenti numeri verdi:

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 113 085 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800.893 495 attivo 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 negli Articoli "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

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 Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle 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, 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 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. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

ART. 16 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato, per il tramite dell'Impresa, alle 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 – in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento – provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo redatto secondo il Regolamento 35 IVASS.

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 dell'Assicurato o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

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 Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia 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 dieci anni per le polizze vita e di due anni per le polizze danni 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 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte della Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Impresa, fermo restando le esclusioni previste al successivo Art. 26 "ESCLUSIONI".

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 750.000,00 per Assicurato come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di 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 Finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

In caso di più Assicurati del medesimo Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso): pertanto l'Impresa di Assicurazione liquiderà all'Impresa, in caso di Decesso dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del decesso dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure l'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Contratto di Assicurazione oppure in caso di Invalidità Totale e Permanente nel corso della durata contrattuale che dia luogo al pagamento del sinistro, 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 all'Impresa dalla Impresa di Assicurazione 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 consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- 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;

- HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano causati da alcolismo, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
 - seguiti e conseguenze di malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da malattia o infortunio;
 - malattie, malformazioni, stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
 - trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
 - tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
 - malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica:
 - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
 - seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;
- 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 dovuto o correlato al soggiorno 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.viaggiare Sicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.

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

$$R = (PVita * ((N-K) * (N-K+1)) / (N * (N+1))) + H * (N-K) / N$$

Dove:

- R = importo da rimborsare

- PVita = Premio versato al netto dei costi riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Decesso

In particolare PVita e H dovranno essere riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale come segue:

$$PVita = PVita * (1 - Cap_estinto / DR)$$

$$H = H * (1 - Cap_estinto / DR)$$

ART. 27 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Per tutti i pagamenti richiesti all'Impresa debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi alla Contraente, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800-113.085 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00) o all'indirizzo e-mail: liquidazioni_vita@aviva.com.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

- la data in cui il Beneficiario firma il modulo di richiesta liquidazione presso la Contraente, riportata in calce al modulo stesso;
- oppure
- in caso di invio della richiesta di liquidazione direttamente all'Impresa la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte dell'Impresa.

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:

1. **Richiesta di liquidazione;**
2. **Certificato di morte;**
3. **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;**
4. **Documentazione medica;**
5. **Copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento sottoscritto dal responsabile di filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento e dichiarazione della Banca attestante l'importo del Debito residuo, in capo all'Impresa, alla data del decesso.**

Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

1. **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono pervenire all'Impresa di Assicurazione:

- utilizzando il modulo liquidativo scaricabile dal sito internet www.aviva.it;
- in carta semplice, inviandola direttamente ad AVIPOP VITA S.p.A., Via Scarsellini n. 14 - 20161 Milano - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra l'Impresa di Assicurazione ed i Beneficiari si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.

Qualunque sia la modalità scelta, si dovranno fornire tutte le informazioni ed i documenti seguenti:

- **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di polizza;

- **MODALITÀ DI PAGAMENTO:** occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ:** copia di un valido documento di identità;
- **CODICE FISCALE:** copia del codice fiscale;
- **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **P.E.P.:** occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare se il Beneficiario intrattiene rapporti professionali con l'Assicurato;
- **PRIVACY:** occorre sottoscrivere di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy.

2. **CERTIFICATO DI MORTE** rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.

3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO

Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: ***"Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:"***

a. In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.aviva.it)

- la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

b. In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.aviva.it):

- che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
- Occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono gli unici eredi legittimi, con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi testamentari, distinguendoli quindi da eventuali legatari; solo qualora il testamento disponga di solo legatari si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a. e b. precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione sostitutiva deve INOLTRE riportare:

- nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;
- qualora fra gli eredi vi fossero "nipoti"/"pronipoti", specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.

4. DOCUMENTAZIONE MEDICA:

i) In caso di MORTE NATURALE:

Occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante (fac simile disponibile sul sito www.aviva.it), attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:

- a. emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico;
 - b. emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti (esempio: causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avvenuti in Paesi Esteri);
 - c. emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione (dichiarazioni di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario).
- ii) **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio** - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'impresa di Assicurazione stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare l'Impresa di Assicurazione al seguente numero verde: 800 113 085, operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00.

Oltre alla documentazione sopra riportata, l'Impresa necessita ricevere ulteriore documentazione nel caso di:

MINORI/INTERDETTI/INCAPACI: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal tutore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia del Decreto del Giudice Tutelare** (ricorso e relativa autorizzazione) che autorizzi il tutore (esecutore) in nome e per conto dei minori/interdetti/incapaci a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato (per importi entro euro 2.500,00 sarà possibile compilare e sottoscrivere una manleva – un fac-simile è presente sul sito www.aviva.it nella sezione “moduli” -;
- **copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del tutore (esecutore);**
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del tutore (esecutore);**
- **autorizzazione al trattamento dei dati personali da parte del tutore (esecutore)**, confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

PRESENZA DI UN PROCURATORE: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal procuratore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia della procura autenticata dalle autorità competenti**, che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore (esecutore) a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza (*si segnala che non potranno essere ritenute valide le procure rilasciate per pratiche successorie*);
- **copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del procuratore (esecutore);**
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del procuratore (esecutore);**
- **autorizzazione al trattamento dei dati personali da parte del procuratore (esecutore)**, confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal Rappresentante Legale (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà;**
- **copia della delibera di nomina del Legale Rappresentante (esecutore)**, ovvero documento equipollente (copia della visura camerale, prospetto cerved) dal quale si evinca il nominativo aggiornato del Legale Rappresentante;

- copia di un valido documento di identità e codice fiscale del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi;
- indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi;
- indicazione, per i titolari effettivi, relativa all'essere o meno una Persona Esposta Politicamente (PEP);
- autorizzazione al trattamento dei dati personali da parte del legale rappresentante (esecutore), confermando di aver ricevuto e letto l'informativa.

BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- **dichiarazione, completa di timbro e firma del Legale Rappresentante (esecutore)**, dalla quale si evinca se il soggetto beneficiario sia residente in Italia, se eserciti o meno attività commerciale avente scopo di lucro. Tale indicazione è necessaria al fine della corretta applicazione della tassazione in sede di liquidazione. Resta inteso che sarà cura e premura della scrivente Impresa di mantenere la massima riservatezza riguardo alle informazioni sopra menzionate.

IN CASO DI LIQUIDAZIONE IN SUCCESSIONE: in seguito alla reintroduzione dell'imposta di successione, e per le successioni apertesesi dopo il 3/10/2006, ai sensi della legge di conversione del D. Lgs. n. 262/2006, è necessario produrre:

- la denuncia di successione o relativa integrazione, riportante a titolo di credito l'importo rinveniente dalla liquidazione della polizza;
- oppure

- la dichiarazione di esonero che potrà essere presentata unicamente dagli eredi in linea retta : nonni, genitori, coniuge e figli, con i seguenti limiti:
 - per decessi fino al 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 25.822,84;
 - per decessi dal 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 100.000,00.

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di trenta giorni dalla data di ricevimento.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

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 Permanente da Infortunio o Malattia 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 76° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte della Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Impresa, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 30 "ESCLUSIONI".

L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia 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" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa.

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

In caso di più Assicurati del medesimo Finanziamento con ripartizione dell'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso): pertanto l'Impresa di Assicurazione liquiderà all'Impresa, in caso di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60% dell'Assicurato, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del sinistro dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure l'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 750.000,00 per Assicurato e per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.

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

ART. 29 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Infortunio:

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

L'Indennità per l'Invalidità Permanente è dovuta se l'Invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente", il grado di Invalidità Permanente è stabilito in riferimento ai valori della "Tabella" stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Malattia:

L'Impresa di Assicurazione corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso della durata contrattuale le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di denuncia della Malattia.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

ART. 30 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia causati da:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
 - seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente rispettivamente da Malattia o Infortunio;
 - malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali-dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
 - trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
 - tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi, che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
 - malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di visita medica:
 - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
 - seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;

- 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;
- infortunio 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. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- 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;
- HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;
- 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 alcolismo, abuso o uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato;;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- aborto volontario 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);
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze;
- 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.
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza

ART. 31 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto ad Avipop Assicurazioni S.p.A. entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Per 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 da Infortunio o Malattia deve essere allegata alla denuncia di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità 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 della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo residuo del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN.

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

ART. 32 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Impresa garantisce, ove l'Assicurato si trovi nel corso di validità della Copertura Assicurativa ricoverato in ospedale per l'esecuzione di un Grande Intervento Chirurgico tra quelli di seguito elencati, la corresponsione all'Impresa, di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, **con il massimo di Euro 5.000,00 al mese per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

La Copertura Assicurativa per il caso di ricovero è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni; qualora il ricovero avvenga nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta;
- ad un Periodo di Franchigia di 7 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

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

La garanzia Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico non è operante se il Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico avviene durante il periodo di indennizzo per Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia.

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

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

- Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiocirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i tumori benigni, sono compresi quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra.
- Interventi per trapianti: tutti. Vengono compresi in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) necessari a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto.
- Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso.
- Interventi di neurochirurgia per:
 - o craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
 - o intervento per epilessia focale e callosotomia;
 - o intervento per encefalomeningocele;
 - o derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
 - o intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
 - o trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose);
 - o endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
 - o talamotomia, pallidotomia ed interventi simili;
 - o cardotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
 - o neurotomia retrogasseriana;
 - o interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
 - o interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.);
 - o vagotomia per via toracica;
 - o simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - o plastica per paralisi del nervo facciale;
 - o intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
 - o asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari.
- Interventi di cardiocirurgia per:
 - o tutti gli interventi a cuore chiuso;
 - o tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
 - o impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti
 - o cardioplastica
- Interventi di chirurgia vascolare per:
 - o aneurismi arteriosi o arterovenosi;
 - o stenosi ad ostruzione arteriosa;
 - o disostruzione by-pass aorta addominale;
 - o trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
 - o simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - o by-pass aortocoronarico
- Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:
 - o gravi e vaste mutilazioni del viso;
 - o plastica per paralisi del nervo facciale;
 - o riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
 - o anchilosi temporo-mandibolare.
- Interventi di chirurgia generale per:
 - o diverticolosi esofagea;
 - o occlusioni intestinali con o senza resezione;
 - o gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
 - o echinococchi epatica e/o polmonare;
 - o cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche;
 - o pancreatite acuta;

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

ART. 33 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico causati da:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
 - seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente rispettivamente da Malattia o Infortunio;

- malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali-dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
- trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
- tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi, che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
- malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di visita medica:
 - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
 - seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;
- eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze; malattie e infortuni conseguenti ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- infortuni e malattie conseguenti ad alcolismo, ad abuso di alcolici, ad abuso o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;
- correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei, di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;
- infortuni derivanti dall'uso di veicoli o natanti a motore in competizioni e relative prove ed allenamenti e dalla pratica di sport aerei;
- interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- prestazioni per la diagnosi e trattamenti della sterilità e dell'impotenza nonché la fecondazione artificiale;
- prestazioni aventi finalità dietologica o estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da malattia o infortuni, compreso l'apparato dentario solo se resi necessari da infortunio) e la liposuzione;
- prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali ad esempio quelle omeopatiche e fitoterapiche;
- accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia o infortunio (check-up);
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altre calamità naturali.
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 34 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico da infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto ad Avipop Assicurazioni S.p.A. entro 60 giorni dal giorno di ricovero o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

La denuncia del ricovero deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento; deve inoltre essere allegata alla denuncia di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità 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 ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo della rata del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa 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.

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 35 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Impresa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia, la liquidazione mensile all'Impresa di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza, durante il periodo dell'inabilità stessa, **con il massimo di Euro 5.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di Infortunio o Malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere.

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del Finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento dello stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia è sottoposta:

- **ad un Periodo di Carenza di 30 giorni: qualora l'Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia 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 30 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa;

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

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

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

ART. 36 ESCLUSIONI

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

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
 - seguiti e conseguenze di Malattie o Infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o la cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente rispettivamente da Malattia o Infortunio;
 - malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali-dovesse risultare che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione del Questionario stesso, l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi, prescrizione di esami o si sia sottoposto a cure, trattamenti, interventi chirurgici, ricoveri o abbia assunto farmaci;
 - trapianti rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico per i quali risulti altresì che, nei cinque anni precedenti la sottoscrizione dello stesso, l'Assicurato abbia subito ricoveri, interventi chirurgici, prescrizione di esami, cure, trattamenti o per i quali abbia assunto farmaci;
 - tumori maligni, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi, che dovessero risultare già diagnosticati e/o in cura al momento della sottoscrizione del Questionario Medico;
 - malattie sottaciute al momento della sottoscrizione del Questionario Medico, per le quali siano state necessarie o prescritte nei due anni precedenti cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di visita medica:
 - seguiti e conseguenze di traumi, lesioni accidentali o malattie sottaciute che dovessero risultare, rispettivamente, già verificatisi o diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
 - seguiti e conseguenze di malattie o infortuni rispettivamente già diagnosticate o verificatisi alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, per i quali sia riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione/cura era già in corso al momento della sottoscrizione, una Inabilità o Invalidità Permanente, rispettivamente da Malattia o Infortunio;
- 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;

- infortunio 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. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- 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;
- HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate;
- 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, alcolismo, abuso ed uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o allucinogeni;
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia e loro seguiti e conseguenze;
- 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);
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART. 37 DENUNCE SUCCESSIVE

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

ART. 38 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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 riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità 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 della filiale della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento dall'Impresa attestante l'importo della rata del finanziamento in capo all'Impresa stessa, alla data del sinistro dell'Assicurato;
- 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 da Infortunio o Malattia);
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa 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.

3. GLOSSARIO

CREDIT PROTECTION PICCOLE E MEDIE IMPRESE A PREMIO UNICO ABBINABILE AI MUTUI NUOVI E STOCK CHIROGRAFARI, IPOTECARI (FINO A 10 anni e 6 mesi) ED ALLE APERTURE DI CREDITO IN CONTO CORRENTE CON PIANO DI RIMBORSO PROGRAMMATO

Apertura di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato

Il Contratto di Finanziamento di durata non superiore a 4 anni tra la Banca e l'Impresa con il quale la Banca mette a disposizione sul conto corrente dell'Impresa una somma predeterminata, che potrà essere utilizzata in una o più volte, nei limiti della disponibilità accordata e nel rispetto delle scadenze prefissate. L'Impresa potrà, con successivi versamenti, ridurre l'esposizione debitoria, mantenendo nel contempo la disponibilità degli importi versati. La somma utilizzata dovrà essere restituita dall'Impresa alla Banca secondo un piano di ammortamento predeterminato mediante rimborsi mensili o trimestrali.

Assicurato

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti ed i 70 anni compiuti, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, che ha aderito facoltativamente alla Polizza Convenzione sottoscrivendo il Modulo di Adesione. L'Impresa indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi. Nel caso di finanziamenti erogati/in corso con soggetti iscritti ad albi professionali in relazione alla specifica attività professionale esercitata, l'Assicurato sarà la medesima persona fisica.

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

Banca

Coincide con la Contraente.

Beneficiario

Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata: per la Copertura Caso Morte e per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico Beneficiario è l'Impresa salvo diversa designazione.

Nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali: Beneficiari in caso di Decesso dell'Assicurato, sono gli eredi testamentari dell'Assicurato o in mancanza gli eredi legittimi dello stesso, salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato sul Modulo di Adesione o in caso di designazioni in contrasto con norme di legge o regolamentari. Beneficiario per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero è l'Assicurato stesso.

Cointestatario

Non è prevista la cointestazione del finanziamento.

Carenza

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Impresa di Assicurazione non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente

Banco BPM S.p.A. con Sede legale in Piazza Meda 4, 20121 Milano, Società presso la quale è stato richiesto il finanziamento e che stipula i Contratti Collettivi di Assicurazione (Convenzione Assicurativa) con le Imprese di Assicurazione, per conto delle Imprese e 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 da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico), sottoscrivibili congiuntamente, 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 la Banca (Contraente delle Convenzioni).

Contratto di finanziamento

Il Contratto di finanziamento è il Contratto con il quale la Banca concede/ha concesso all'Impresa un finanziamento, rientrante nell'ambito:

- **dei Mutui ipotecari o dei Mutui chirografari** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Impresa secondo un piano di ammortamento alla francese;
- **delle Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Impresa con un piano di ammortamento mediante rimborsi mensili o trimestrali.

ed al quale si riferisce la Copertura Assicurativa oggetto del presente Contratto di Assicurazione. Le presenti Coperture Assicurative vengono abbinate a finanziamenti nuovi o già in corso di durata (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di durata residua (per i Finanziamenti già in corso) non inferiore a 1 anno e non superiore a:

- 10 anni più un'eventuale estensione di 6 mesi per il periodo di preammortamento, per Mutui ipotecari;
- 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento, per Mutui chirografari
- 4 anni per le Aperture di Credito in conto corrente con piano di rimborso programmato.

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

- per i Finanziamenti di nuova erogazione: è la Data di erogazione del Finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il Premio Unico contrattualmente previsto da parte dell'Impresa;
- per i Finanziamenti già in corso: dal giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione e di pagamento del Premio Unico contrattualmente previsto da parte dell'Impresa.

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, relativamente al Contratto di Finanziamento stipulato con la Contraente, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolte.

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 ha validità il Contratto di Assicurazione.

Franchigia

La Franchigia per le Garanzie Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, 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 da Infortunio o Malattia è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.

Impresa

La Società intestataria di un finanziamento, concesso dalla Contraente, con piano di ammortamento alla francese rientrante nell'ambito dei Mutui ipotecari o dei Mutui chirografari. L'Impresa aderisce facoltativamente alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il premio. L'Impresa indica inoltre gli Assicurati.

Laddove non diversamente indicato, il termine Impresa si intende riferito (in quanto applicabile) anche alle persone fisiche iscritte ad albi professionali che abbiano aderito alle Coperture Assicurative in relazione all'attività professionale esercitata.

Impresa di Assicurazione

Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico): Avipop Assicurazioni S.p.A. - Impresa del Gruppo Aviva con sede in Via A. Scarsellini 14, 20161 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento IVASS 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 Via A. Scarsellini 14, 20161 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti IVASS nr. 2709 del 12/6/2009 - Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 05913510961

Inabilità Temporanea Totale 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

Il **Banco BPM S.p.A.**, Contraente della Convenzione.

Invalidità Totale 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 da Infortunio o Malattia 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" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa.

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.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, e subentrata ad ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95

(Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135. L'IVASS svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo;

Lettera di Benvenuto

Lettera inviata dalla Contraente all'Impresa successivamente alla Decorrenza della Copertura Assicurativa.

Malattia

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

Modulo di Adesione

Il documento sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato, mediante il quale avviene l'adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Mutuo Chirografario

Il Contratto di Finanziamento di durata non superiore a 7 anni, comprensiva di un eventuale preammortamento, tra la Banca e l'Impresa con il quale la Banca concede in prestito all'Impresa una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Impresa alla Banca secondo un piano di ammortamento predeterminato.

Mutuo Ipotecario

Il Contratto di Finanziamento, garantito da ipoteca su beni immobili, di durata non superiore a 10 anni più un'eventuale estensione di 6 mesi per il periodo di preammortamento, tra la Banca e l'Impresa con il quale la Banca concede in prestito all'Impresa una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Impresa al Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato.

Periodo di Riqualificazione

Il periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Totale Temporanea al Lavoro da Infortunio o Malattia 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 Temporanea al Lavoro da Infortunio o Malattia.

Polizze

Le Polizze collettive n. 3546 e n. 59352, stipulate dalla Contraente Banco BPM S.p.A., rispettivamente con Avipop Assicurazioni S.p.A. e Avipop Vita S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Contrattuali di Assicurazione a cui abbia aderito facoltativamente l'Impresa e 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 il presente Contratto di Assicurazione è unico, viene addebitato all'Impresa dalla Contraente in unica soluzione anticipata. Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) in base alla durata della Copertura Assicurativa.

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;

Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico

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

Rata Mensile

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

Sinistro

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

4. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Aggiornata il 15 maggio 2017

CHI E' IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Avipop Vita S.p.A. e Avipop Assicurazioni S.p.A., entrambe con sede in Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI), (di seguito, la "**Società**"), agiscono, ciascuna per quanto di rispettiva competenza, in qualità di titolari del trattamento, da intendersi come soggetto che determina le finalità e le modalità del trattamento di dati personali relativi all'assicurato/contraente/beneficiario (di seguito l'"**Interessato**") ai sensi della polizza assicurativa (la "**Polizza**") a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali è allegata.

QUALI DATI SONO TRATTATI?

Le Società trattano i dati forniti dall'Interessato, ivi inclusi - qualora necessari per la prestazione dei servizi e/o esecuzione degli obblighi di cui alla Polizza - i dati relativi alla salute.

PER QUALI FINALITA' SONO TRATTATI I DATI?

Le Società trattano i dati personali dell'Interessato per le seguenti finalità:

- ai fini della stipula e esecuzione della Polizza (comprese la valutazione del rischio assicurativo effettuata dalle Società sulla base di determinate caratteristiche dell'Interessato e l'esecuzione - anche tramite *call center* - di verifiche circa la conformità alla normativa applicabile dell'attività degli incaricati di cui si avvalgono le Società);
- per la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l'invio di comunicazioni funzionali all'iscrizione all'area clienti).

SU QUALE BASE VENGONO TRATTATI I DATI?

Il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute - è **obbligatorio** per le FINALITA' ASSICURATIVE (vedi paragrafo 3), ovvero per poter stipulare ed eseguire la Polizza, nonché per gestire e liquidare eventuali sinistri denunciati. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità determinerà quindi l'impossibilità di stipulare la Polizza.

COME VENGONO TRATTATI I DATI?

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

La valutazione del rischio (di cui al paragrafo 3) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l'analisi delle caratteristiche dell'Interessato, permette di inquadrare lo stesso all'interno di uno specifico livello di rischio. Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell'esecuzione della Polizza.

Con riferimento all'adozione del processo decisionale automatizzato sopra indicato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell'Interessato. Tuttavia, in mancanza di detto consenso, le Società non potranno accettare la domanda di Polizza.

Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?

I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; banche distributrici e intermediari finanziari, agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alle Società, all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

I DATI VENGONO TRASFERITI ALL'ESTERO?

I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alle Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?

Fermo restando la possibilità dell'Interessato di non conferire i propri dati personali, lo stesso potrà, in ogni momento e gratuitamente:

- a) ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano ed averne comunicazione;
- b) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici;
- c) chiedere l'aggiornamento, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei dati che lo riguardano;
- d) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;
- e) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

In aggiunta ai diritti sopra elencati, l'Interessato potrà beneficiare con effetto dal 26 maggio 2018 dei diritti di cui al paragrafo 10 della presente informativa.

Le relative richieste potranno essere inoltrate alle Società via email al seguente indirizzo: privacy_aviva@aviva.com, o tramite posta all'indirizzo Gruppo Aviva - Servizio Privacy, Via Scarsellini 14, 20161, Milano.

CHI SONO I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?

Le Società hanno nominato responsabile del trattamento, tra gli altri, Aviva Italia Servizi Scarl, Via Scarsellini 14, 20161 Milano (MI). L'elenco completo dei responsabili è disponibile tramite l'invio di una richiesta scritta all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

COSA CAMBIA CON L'INIZIO DELL'EFFICACIA DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE

Le seguenti previsioni decorreranno dal 26 maggio 2018, data di efficacia del Regolamento generale sul trattamento dei dati personali 679/2016/UE (il "**Regolamento Privacy**").

Responsabile della protezione dei dati personali

Il responsabile della protezione dei dati personali ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy è contattabile al seguente indirizzo email: dpo.italia@aviva.com, o all'indirizzo postale di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

Termine di conservazione dei dati personali

I dati personali raccolti ai sensi della presente informativa vengono conservati per un periodo pari alla durata della Polizza (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati, anonimizzati o aggregati.

Ulteriori diritti dell'Interessato

L'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento,

- a) chiedere alla Società la limitazione del trattamento dei suoi dati personali nel caso in cui:
 - i) l'Interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla Società per verificare l'esattezza di tali dati personali;
 - ii) il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
 - iii) benché le Società non ne abbiano più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'Interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
 - iv) l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
- b) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;
- c) chiedere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e
- d) ottenere la portabilità dei dati che lo riguardano.

Diritto di reclamo

L'Interessato avrà il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ove ne sussistano i presupposti.

MODIFICHE E AGGIORNAMENTI

La presente informativa è aggiornata alla data indicata nella sua intestazione. Le Società potrebbero inoltre apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza dell'inizio dell'efficacia del Regolamento Privacy e di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.

In ogni caso, l'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata sul sito internet www.aviva.it, nella pagina dedicata ai *Prodotti*, nonché consultare ogni notizia utile in materia nella sezione *Privacy* dello stesso sito.

**MODULO DI ADESIONE
CREDITOR PROTECTION PICCOLE IMPRESE A PREMIO UNICO
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA
TARIFFA CP62-CP63-CP64-CP65-CP72-CP73-CP74-CP75**

**Polizze Collettive abbinabili ai Mutui nuovi e stock Chirografari/Ipotecari (fino a 10 anni) – Aperture di Credito
n. 3546 - 3576 Avipop Assicurazioni SPA - n. 59352-59358 Avipop Vita SPA**

Il presente Contratto di Assicurazione è facoltativo e non è necessario per ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte

L'Impresa (Ragione Sociale))/Il Sottoscritto N.D.G.
Codice Fiscale/Partita IVA
Indirizzo email numero telefonico
in relazione al contratto di Finanziamento richiesto/già erogato alla/dalla Banca (di seguito "Banca"):

Filiale di codice filiale
n° mutuo/apertura di credito
di importo pari a Euro
con debito residuo pari a Euro (solo per i finanziamenti già in corso)
durata periodo di rimborso mesi, (euro)
Con debito residuo pari a Euro durata periodo di rimborso mesi,
e durata/durata residua **giorni** (..... mesi)
(per i finanziamenti di nuova erogazione con cambio durata si riporta la durata comprensiva dell'opzione di 5 anni ma il relativo premio assicurativo e la validità della copertura assicurativa si riferiscono alla durata effettiva del finanziamento erogato) ed il/i seguente/i Assicurato/i

1 Nome e Cognome N.D.G.
Codice Fiscale percentuale quota di copertura assicurativa%

2 Nome e Cognome N.D.G.
Codice Fiscale percentuale quota di copertura assicurativa%

3 Nome e Cognome N.D.G.
Codice Fiscale percentuale quota di copertura assicurativa%

4 Nome e Cognome N.D.G.
Codice Fiscale percentuale quota di copertura assicurativa%

Decorrenza copertura: h. 24:00 del giorno di erogazione del finanziamento (per i finanziamenti di nuova erogazione)/ h. 24.00 del giorno di pagamento del premio unico (per i finanziamenti già in corso).

DURATA COPERTURA ASSICURATIVA: pari alla durata del finanziamento (per i finanziamenti di nuova erogazione)/pari alla durata residua del finanziamento (per i finanziamenti già in corso) .

DATA DI SCADENZA COPERTURA:

CHIEDO/MIAMO (in caso di più soggetti futuri Assicurati) che la copertura assicurativa di cui al presente modulo, se non indicata le relativa percentuale quota, **venga attribuita pro quota in parti uguali a tutti gli Assicurati**

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

Importo Premio Vita Nr. 1: Euro Importo Premio Danni Nr. 1: Euro
Importo Premio Totale Nr. 1: Euro Capitale Assicurato Caso Morte o ITP 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
Importo Premio Totale Nr. 2: Euro Capitale Assicurato Caso Morte o ITP 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
Importo Premio Totale Nr. 3: Euro Capitale Assicurato Caso Morte o ITP 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
Importo Premio Totale Nr. 4: Euro Capitale Assicurato Caso Morte o ITP 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 DEI DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO.

Avipop Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: avipop_assicurazioni_spa@legalmail.it 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



1 di 6

Avipop Vita S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: avipop_vita_spa@legalmail.it 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 di 6

BENEFICIARI

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 _____

Nel caso in cui le presenti Coperture Assicurative siano state sottoscritte da persone fisiche iscritte ad albi professionali per la Copertura Caso Morte, Beneficiario/i della prestazione in caso di decesso sono gli eredi testamentari o in mancanza legittimi dell'Assicurato.

Per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero per grande intervento chirurgico Beneficiario delle Coperture è l'Assicurato stesso.

LUOGO E DATA _____

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: PRESO ATTO

- che la "Banca" 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,
- ad Avipop Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
 - invalidità totale permanente da infortunio o malattia,
 - inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio o malattia,
 - ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgicoin relazione ai Contratti di Finanziamento;
- che le suddette garanzie, per la Copertura Vita (morte per tutte le cause) si riferiscono alla polizza collettiva n. 59352-59358 che la Banca ha stipulato con AVIPOP Vita S.p.A., per le Coperture Danni (invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale, ricovero ospedaliero grande intervento chirurgico da infortunio e malattia) si riferiscono alle polizze collettive n. 3546 - 3576. che la Banca ha stipulato con AVIPOP Assicurazioni S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinate al Finanziamento n° _____ richiesto alla "Banca" 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 all'erogazione /esistenza di un finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del premio assicurativo e decorre dal giorno di erogazione del finanziamento (per i finanziamenti di nuova erogazione) o dal giorno di pagamento del premio (per i finanziamenti già in corso) e termina alla data di scadenza del finanziamento o al compimento del 76esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata, in funzione della somma assicurata e dell'età dell'Assicurato, come meglio riportato all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ delle Condizioni di Assicurazione:
 - alla sottoscrizione del QUESTIONARIO MEDICO, riportato su apposito Modulo;
 - ovvero
 - alla sottoscrizione del RAPPORTO DI VISITA MEDICA riportato su apposito Modulo e all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. 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;
- **dichiara di essere** consapevole che la percentuale di invalidità riconosciuta in sede di valutazione del sinistro sarà determinata detraendo i punti di invalidità imputabili ad eventi antecedenti la sottoscrizione della polizza, come meglio riportato all'Art.29 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ delle Condizioni di Assicurazione;
- di poter recedere dalle Coperture Assicurative entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. Il Premio pagato, al netto delle eventuali imposte, per le Coperture Assicurative verrà rimborsato all'Impresa dalle Imprese di Assicurazione entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso. Qualora il premio sia stato finanziato, lo stesso sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Impresa effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalle Imprese di Assicurazione;
- che si può recedere dal Contratto di Assicurazione delle Coperture Danni a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di decorrenza 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 di Assicurazione restituisce all'Impresa, per il tramite della Contraente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, come previsto dall'ART. 7 "DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE" delle Condizioni di Assicurazione.

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;
- **autorizzo/iamo** la "Banca" a trattenere il suddetto ammontare lordo totale dal conto corrente dell'Impresa 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 "Banca" apposito mandato all'incasso. I premi della Copertura Vita e Coperture Danni sono calcolati in base all'importo richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) ed alla durata della Copertura Assicurativa, secondo le modalità determinate nelle Condizioni Contrattuali.

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 _____

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 DELL'ASSICURATO 1 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

CCONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione, di essere consapevole che il trattamento dei miei dati relativi alla salute, eventualmente forniti, anche tramite un processo decisionale automatizzato, è necessario per le finalità assicurative descritte nel paragrafo 3 dell'informativa e, pertanto, acconsento a tale trattamento.

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 _____

DICHIARO CHE

- sono consapevole che l'adesione alla Polizza è facoltativa;
- mi è stato presentato l'apposito Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del Contratto rispetto alle mie esigenze e dei soggetti designati come Beneficiari.

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

DICHIARO /IAMO ALTRESI'

- di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali ed il presente Modulo di Adesione che definiscono il Contratto;
- di aver ricevuto il documento contenente - ai sensi dell'art. 49 del Regolamento IVASS 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 _____ 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 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: ART. 3 Requisiti di Assicurabilità - Art. 4 Limiti di Indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio - Art. 6 Decorrenza e durata della Copertura Assicurativa - Art. 7 Diritto di recesso - Art. 11 Denuncia del sinistro - Art. 22 Cessione dei Diritti - Art. 23 Controversie - Art. 25-28-32-35 Prestazioni Assicurate - Art. 26-30-33-36 Esclusioni.

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 _____

AVVERTENZE RELATIVE ALLE DICHIARAZIONI DELL'/DEGLI ASSICURATO/I AI FINI DELL'EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA :

- 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 medico, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;
- 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.

QUESTIONARIO MEDICO

Il presente Questionario può essere sottoscritto solo per importi fino ad Euro 300.000,00 (importo da calcolarsi considerando anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione) e Assicurati di età all'adesione fino a 65 anni compiuti ed è da ritenersi valido a condizione che la copertura abbia decorrenza entro 180 gg. dalla sottoscrizione dello stesso.

Il sottoscritto è consapevole che, qualora intervengano nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute tra il momento della sottoscrizione del presente Questionario e la data di decorrenza delle coperture assicurative, dovrà darne sollecita comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

- 1) A. All'Assicurato è mai stata riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS/INAIL una Invalidità Permanente da malattia o infortunio, oppure ha subito infortuni i cui postumi invalidanti sono tutt'ora in cura o in corso di accertamento?

SI ☐ NO ☐

Se SI precisare

B. L'assicurato è attualmente titolare di una pensione di inabilità o invalidità parziale/totale per infortunio /malattia o ne ha fatto domanda ed è in attesa di riconoscimento?

SI ☐ NO ☐

Se SI indicare tipo di pensione, causa ed Ente interessato

- 2) L'Assicurato dichiara che la sua altezza in cm. è pari a e il suo peso in Kg. è pari a

- 3) Le è mai stato diagnosticato e/o è in cura per qualsiasi tipo di tumore maligno, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi?

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, precisare:

- 4) L'Assicurato ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi/prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, ricoveri o assume o ha assunto farmaci in merito alle seguenti malattie?

MALATTIE CARDIO – VASCOLARI:

Iperensione arteriosa con valori pressori elevati nonostante il trattamento o che abbia causato danni di organi e/o apparati, angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, embolia polmonare, trombosi profonda, trapianto, aneurismi, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio), emorragia cerebrale.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, precisare:

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO:

Morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi laterale primaria, atrofia muscolare progressiva, miastenia grave, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari, epilessia non controllata dalla terapia, morbo di Alzheimer o altre demenze, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, precisare:

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:

Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, precisare:

MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO:

Lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettiviti sistemiche, fibromialgia.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, precisare:

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:

Esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE:

Insufficienza renale cronica (anche lieve), rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE:

Diabete di tipo I, diabete di tipo II non compensato da terapia farmacologica, adenoma ipofisario in atto con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato da terapia farmacologica, adenoma surrenalico.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

.....

.....

MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO:

Glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/diabetica e/o ipertensiva, neurinoma, maculopatia degenerativa.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

.....

.....

MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO:

Talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, policitemia vera, trombocitemia essenziale, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amloidosi, ipersplenismo, emofilie, HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate.

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa, specificare quale/i

.....

.....

- 5) Soffre o ha sofferto di malattie per cui è stata necessaria o prescritta negli ultimi due anni una cura farmacologica continuativa di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide)

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa precisare tipo di terapia e patologia connessa

.....

.....

- 6) E' affetto o è mai stato affetto da alcolismo o fa uso o ha fatto uso di stupefacenti, psico-farmaci o allucinogeni non a scopo terapeutico?

SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa precisare tipo di terapia e patologia connessa

.....

.....

Il Questionario sotto riportato (ANAMNESI FAMILIARE) dovrà essere compilato esclusivamente nei casi di Assicurati che intendano aderire alla copertura assicurativa CPI

- di età compresa tra 18 e 60 anni compiuti alla data di erogazione del Mutuo - somma assicurata per singolo Assicurato compresa tra 200.000,01 e 300.000,00 Euro

Oppure

- di età compresa tra 61 e 65 anni compiuti alla data di erogazione del Mutuo - somma assicurata per singolo Assicurato fino a 300.000,00 Euro

Oppure

- che abbiano dato risposta positiva (SI) ad una delle domande presenti nella parte precedente del presente questionario (Dichiarazioni dell'Assicurando)

ANAMNESI FAMILIARE

Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati prima dell'età di 60 anni

SI ☐ NO ☐

- Casi di malattie cardiocircolatorie?

Se sì Indicare a chi, tipo di patologia, età alla diagnosi

.....

.....

- Ipertensione?

SI ☐ NO ☐

Se sì indicare a chi ed età alla diagnosi

.....

.....

- Casi di diabete?

SI ☐ NO ☐

Se sì indicare a chi ed età alla diagnosi

.....

.....

- Insufficienza renale?

SI ☐ NO ☐

Se sì indicare a chi ed età alla diagnosi

.....

.....

- Casi di tumori maligni?

SI ☐ NO ☐

Se sì indicare a chi, a quale organo ed età alla diagnosi

.....

.....

• Casi di Malattie nervose o mentali?

SI ☐ NO ☐

Se si indicare a chi, tipo di patologia ed età alla diagnosi

.....

.....

• Altre malattie a carattere ereditario (come Corea di Huntington o malattia di Alzheimer)?

SI ☐ NO ☐

Se si indicare a chi, tipo di patologia ed età alla diagnosi

.....

.....

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2017

Timbro e Firma della Filiale _____
(per convalida firma)

FAC-SIMILE

Avipop Assicurazioni S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.avipop.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: avipop_assicurazioni_spa@legalmail.it

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



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 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.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: avipop_vita_spa@legalmail.it

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



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 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