

**CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO
ABBINATA AI MUTUI NUOVI E STOCK - FINANZIATA
TARIFFE CP29-CP30
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA
per i casi di **Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia -
Ricovero Ospedaliero - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia -
Perdita Involontaria d’Impiego****

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 - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia - Perdita Involontaria d’Impiego**
- **Condizioni di Assicurazione;**
- **Glossario;**
- **Informativa sulla Privacy e sulle Tecniche di Comunicazione a Distanza;**
- **Modulo di Adesione.**

**DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL’ASSICURATO
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI ADESIONE**

1. NOTA INFORMATIVA

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA A MUTUI NUOVI E STOCK - FINANZIATA

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

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

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 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.avivaitalia.it.

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzione_vita@avivaitalia.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni_vita@avivaitalia.it

AVIPOP VITA S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP nr. 2709 del 12/6/2009. 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 52.561.262,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 37.500.000,00 (i.v.) e le Riserve Patrimoniali a Euro 15.061.262,00. Il nuovo capitale sociale iscritto al Registro delle Imprese in data 17 febbraio 2012 ammonta a Euro 47.500.000,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione vita è pari a 116,25%.

L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

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

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

La durata della Copertura Assicurativa, espressa in mesi interi nel limite minimo di 1 anno e massimo di 35 anni, 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 estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del 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 intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- 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 cointestazione 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 i cointestatari;

oppure:

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

oppure:

- uno dei cointestatari potrà essere assicurato per l'importo totale del Finanziamento 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 cointestatari del medesimo Finanziamento, la mancata accettazione da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo totale 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 della Copertura Assicurativa.

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

- prestazione in caso di Decesso (valida per tutti gli Assicurati)

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 insolute. 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 500.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) per un importo superiore al massimale di Euro 500.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato o il debito residuo alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 26 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento abbiano un'età non superiore a 75 anni.**

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

4. PREMI

La Copertura Assicurativa viene prestata dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato 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'Assicurato:

- 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),

mediante trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza Collettiva apposito mandato all'incasso.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel tasso di Premio - riportati all'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 50% del Premio unico versato. 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, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.

In alternativa l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare all'Impresa di Assicurazione, potrà mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

In caso di 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.

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

7.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

7.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

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

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

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

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

malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;

- eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

7.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa le somme corrisposte 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.

7.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

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

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

7.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8.1 DECORRENZA 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 e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- per i Finanziamenti già in corso: dalle ore 24.00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione e di pagamento del premio contrattualmente previsto.

La decorrenza della Copertura Assicurativa è comunicata all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

8.2 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

La copertura assicurativa si intende operante a condizione che l'Assicurato abbia pagato il Premio unico ed abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

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.

8.3 AMBITO DI APPLICAZIONE

Può essere assicurato il soggetto coincidente con il Cliente - che abbia ottenuto la concessione di un Finanziamento/ha in corso un Finanziamento da parte della Contraente ed abbia aderito facoltativamente alla Polizza Collettiva - sulla cui persona è stipulata la Copertura.

E' assicurabile ciascuna persona fisica, che:

- sottoscriva/abbia in corso un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 1 anno e non superiore a 35 anni. Gli importi massimi assicurabili sono riportati al punto 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE che precede;

- abbia un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte di un Assicurato;
- surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007;
- accollo del Contratto di Finanziamento, ai sensi dell'art. 1273 del Codice Civile.

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 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 agli altri Assicurati la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto. Gli altri Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del Finanziamento.

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 agli Assicurati la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto. In caso di anticipata estinzione totale del Finanziamento oppure di surroga gli Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del Finanziamento.

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

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. RISCOATTO, 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'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione una comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del Modulo di recesso, al seguente indirizzo:

AVIPOP VITA S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

L'eventuale Premio lordo pagato verrà rimborsato all'Assicurato per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

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

12.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente, ed inviandolo, con allegata la documentazione prevista, ad AVIPOP VITA S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.

Gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri al seguente numero verde:

SERVIZIO CLIENTI

N° Verde 800 123 776

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

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

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

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

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

12.2 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti da qualsiasi Contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. Le Imprese di Assicurazione, in base alla Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

Le Parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

15. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione AVIPOP VITA S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano *telefax 02 2775 245 indirizzo e mail reclami_vita@avivaitalia.it*.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a ISVAP Servizio Tutela degli Utenti Via del Quirinale 21- 00187 Roma telefono 06.42.133.000.

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere: i dati del reclamante, l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato 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.

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

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 ad 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

AVIPOP VITA S.p.A., è controllata al 100% da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A..

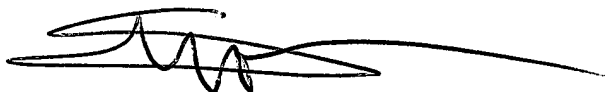
AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. è partecipata al 50,001% da Aviva Italia Holding S.p.A. ed al 49,99% da Holding di Partecipazioni Finanziarie Banco Popolare S.p.A.. Il prodotto viene distribuito dalle Banche del Gruppo Banco Popolare e pertanto esiste conflitto di interessi.

L'Impresa di Assicurazione, opera in ogni circostanza in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati il miglior risultato possibile.

* * * *

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

Il rappresentante legale
Stefano Longo



1. NOTA INFORMATIVA

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA A MUTUI NUOVI E STOCK - FINANZIATA

- **Coperture Danni: - Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia - Perdita Involontaria d'Impiego – Polizza Collettiva nr.**

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

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.avivaitalia.it.

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzionedanni_bancassurance@avivaitalia.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: sinistri_bancassurance@avivaitalia.it

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

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. è pari a Euro 67.168.259,00 di cui Euro 53.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 13.668.259,00 di Riserve Patrimoniali. Il nuovo capitale sociale iscritto al Registro delle Imprese in data 15 marzo 2012 ammonta a Euro 63.500.000,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 132,55%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

Per la garanzia Invalidità Totale Permanente è prevista una durata della Copertura Assicurativa, espressa in mesi interi nel limite minimo di 1 anno e massimo di 35 anni, coincidente:

- 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.

Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego è prevista una durata, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 1 anno e massimo di 10 anni. La garanzia Perdita d'Impiego ha termine, in ogni caso, alla data di pensionamento.

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

In caso di estinzione parziale del Finanziamento, 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.

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..

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 intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- 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 cointestazione 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 i cointestatari;

oppure:

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

oppure:

- uno dei cointestatari potrà essere assicurato per l'importo totale del Finanziamento 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 cointestatari del medesimo Finanziamento, la mancata accettazione da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo totale 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 della Copertura Assicurativa.

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 (valida per tutti gli Assicurati)
- prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero (valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa e per i dipendenti pubblici)
- prestazione in caso di Perdita d'Impiego (valida solo per i lavoratori dipendenti del settore privato)
- prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia (valida solo per i lavoratori autonomi)

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

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, l'Impresa di Assicurazione liquida all'Assicurato 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 500.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o di debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) per un importo superiore al massimale di Euro 500.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato o il debito residuo alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

La presente garanzia viene prestata:

- **solo in caso di Invalidità Totale e Permanente pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica;**
- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 30 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento abbiano un'età non superiore 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 500.000 Euro	Capitale residuo al momento dell'invalidità permanente da malattia o da infortunio 250.000 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 250.000 Euro	Invalidità 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale del finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso.

PRESTAZIONE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, **con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 31 "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. 32 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento abbiano un'età non superiore 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 = 1.500 Euro	Durata Ricovero ospedaliero	Franchigia di 7 giorni
Ricovero ospedaliero	8 giorni	Liquidazione di una mensilità per superamento franchigia
	39 giorni senza soluzione di continuità	Liquidazione di due mensilità (30 giorni in eccesso al primo ricovero liquidabile per superamento della franchigia)
Ricovero ospedaliero	13 mesi	Indennizzo massimo di 12 mesi
Ricoveri ospedalieri 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 PERDITA D'IMPIEGO

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
 - messa in mobilità;
 - cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria
- l'Impresa di Assicurazione liquida mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della disoccupazione **con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

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

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

Qualora l'Impresa di Assicurazione stia corrispondendo la prestazione – pari all'importo delle rate mensili - e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente di ente privato il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente. Tuttavia, qualora il contratto di lavoro dipendente di ente privato sia solo a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi trascorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 34 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 35 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento abbiano un'età non superiore a 75 anni. La garanzia Perdita d'impiego ha termine in ogni caso, alla data di pensionamento dell'Assicurato.**

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

Dipendente privato	Rata mensile dovuta = 300 Euro	
Perdita d'impiego per chiusura azienda	Indennizzo mensile di 300 Euro	indennizzo per un massimo di 12 rate
Perdita d'impiego	Liquidazione della rata mensile successiva di 300 Euro solamente se la suddetta rata scade nel periodo di disoccupazione	Superato il periodo di franchigia, si paga la rata che scade durante il periodo di disoccupazione Ad esempio: Durata disoccupazione = 60 giorni Scadenza rata = 28 di ogni mese Data sinistro = 1 luglio; Scadenza rata 28 Luglio in franchigia ; scadenza rata successiva in copertura
Perdita d'impiego per dimissioni del dipendente		Nessun indennizzo
Perdita d'impiego durante il periodo di carenza iniziale	Carenza = 30 giorni	Nessun indennizzo
Cambiamento di attività lavorativa da Dipendente privato a lavoratore autonomo.	Rata mensile di 2.500 Euro	Nessun indennizzo di perdita d'impiego

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'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa **con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

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

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

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

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 39 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento abbiano un'età non superiore 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 = 2.500 Euro	Rata massima mensile liquidabile = 2.000 Euro	Franchigia assoluta = 30 giorni
Inabilità temporanea totale al lavoro	Liquidazione della rata mensile di 2.000 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
Inabilità temporanea totale al lavoro	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 influente.

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

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

5. PREMI

Le Coperture Assicurative vengono prestate dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato 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 delle Coperture Assicurative.

Tale premio viene versato dall'Assicurato:

- 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),

mediante trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza Collettiva apposito mandato all'incasso.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel tasso di Premio - riportati all'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 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, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.

In alternativa l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare all'Impresa di Assicurazione, potrà mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

In caso di 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.

6. RIVALSE

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

7. DIRITTO DI RECESSO

7.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso.

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

7.2 DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà recandosi presso 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 e fotocopia del Modulo di recesso, al seguente indirizzo:

AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

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

8. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti da qualsiasi Contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. L'Impresa di Assicurazione, in base alla Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, è obbligata a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

10. REGIME FISCALE

10.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

10.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

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

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

10.3 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, Ricovero Ospedaliero 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.

Le somme percepite a seguito di Perdita d'Impiego costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI

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

La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, deve essere effettuata presso la Filiale della Contraente compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro.

Tale Modulo, completo della documentazione prevista, dovrà essere inoltrato entro 60 giorni ad AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - 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 nel Modulo di Denuncia.

L'Assicurato o gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri al seguente numero verde:

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 123 776

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

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 31-34-38-42 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

L'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa di Assicurazione. **Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico dell'Assicurato.**

12. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano telefax 02 2775.245 indirizzo mail: reclami@avivaitalia.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a ISVAP Servizio Tutela degli Utenti Via del Quirinale 21- 00187 Roma telefono 06.42.133.000.

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere: i dati del reclamante, l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di Assicurazione ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

13. ARBITRATO

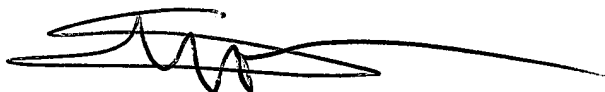
Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti, per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale prestate dal presente Contratto di Assicurazione, hanno la facoltà di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

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

* * * *

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

Il rappresentante legale
Stefano Longo



Data ultimo aggiornamento: 31 ottobre 2012

2. CONDIZIONI CONTRATTUALI

I testi integrali della Polizza Collettiva nr. stipulata tra *Denominazione Banca Contraente del Gruppo Banco Popolare* e AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. e della Polizza Collettiva nr. stipulata tra *Denominazione Banca Contraente del Gruppo Banco Popolare* e AVIPOP VITA S.p.A. sono depositati presso la sede della Contraente e, rispettivamente, presso le sedi di AVIPOP ASSICURAZIONI S.P.A. 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, per tutti gli Assicurati, prestata da AVIPOP VITA S.p.A.;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, per tutti gli Assicurati, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero, per chi non esercita alcuna attività lavorativa e per i dipendenti pubblici, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia, solo per i lavoratori autonomi, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Perdita Involontaria d'Impiego, solo per i lavoratori dipendenti del settore privato, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A...

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

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

La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è valida senza limiti territoriali solo se il contratto di lavoro è regolamentato dalla legge italiana.

ART. 2 OBBLIGHI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Imprese di Assicurazione risultano esclusivamente dalle Polizze collettive, dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dalla Proposta-Certificato, 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

E' assicurabile ciascuna persona fisica:

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

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

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età all'adesione da 18 a 60 anni compiuti	Età all'adesione da 61 a 65 anni compiuti	Età all'adesione da 66 a 70 anni non compiuti
Fino a € 200.000,00	Dichiarazione di Buono stato di salute	Questionario Medico	Visita medica
Oltre € 200.000,00 - Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Questionario Medico	Visita medica
Oltre € 300.000,00 - Fino a € 500.000,00 (**)	Visita medica	Visita medica	Visita medica

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

- devono essere considerate anche altre eventuali coperture assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione;
- l'importo è da intendersi comprensivo anche del premio per le presenti Coperture Assicurative;
- l'importo è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia intestatario o cointestatario di 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 500.000,00 Euro è richiesta sempre la 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 ed alla Visita Medica, si riservano il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto delle Coperture Assicurative. Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente in busta chiusa ed inviati alle Imprese di Assicurazione.

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

- con la possibilità di ripartire la somma assicurata in proporzioni di volta in volta definibili fra i cointestatari;
- oppure:
- ogni cointestatario potrà essere assicurato pro quota (con capitale assicurato in parti uguali);
- oppure:
- uno dei cointestatari potrà essere assicurato per l'importo totale del Finanziamento 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 cointestatari del medesimo Finanziamento, la mancata accettazione da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo totale 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 della Copertura Assicurativa.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

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

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte o Invalidità Totale Permanente Euro 500.000,00 per Sinistro, limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati.

- In caso di Inabilità Temporanea Totale – Perdita d'Impiego – Ricovero Ospedaliero: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata delle Coperture Assicurative.

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 500.000,00 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.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

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

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dalle Imprese di Assicurazione all'atto della adesione alla Convenzione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Nel caso di Finanziamenti di nuova erogazione, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di erogazione del Finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle Imprese di Assicurazione prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste. In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione è da ritenersi confermata purché l'erogazione del finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se l'erogazione del finanziamento fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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 e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- per i Finanziamenti già in corso: dalle ore 24.00 del giorno sottoscrizione del Modulo di Adesione e di pagamento del premio contrattualmente previsto.

La decorrenza è comunicata alle Imprese di Assicurazione dalla Contraente.

Per le garanzie in caso di Decesso e Invalidità Totale Permanente è prevista una durata delle Coperture Assicurative, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 1 anno e massimo di 35 anni, coincidente:

- 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 delle Coperture Assicurative alla Data di scadenza originaria del Finanziamento.

Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego è prevista una durata, espressa in mesi interi, nel limite minimo di 1 anno e massimo di 10 anni. La garanzia Perdita d'Impiego ha termine, in ogni caso, alla data di pensionamento.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento, 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.

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

- decesso dell'Assicurato;
- 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 di un Assicurato;
- surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007;
- accollo del Contratto di Finanziamento, ai sensi dell'art. 1273 del Codice Civile.

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 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 agli altri Assicurati la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto. Gli altri Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza originaria del Finanziamento.

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 agli Assicurati la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto. In caso di anticipata estinzione totale del Finanziamento oppure di surroga gli Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative 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 stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

L'eventuale Premio lordo pagato verrà rimborsato all'Assicurato per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso. Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà recandosi presso 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 e fotocopia del Modulo di recesso, al seguente indirizzo:

AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

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

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

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

Dove

- $PDanni * 0,975$ = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero - Perdita d'Impiego)
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di recesso.

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

ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiari della prestazione 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. Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

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

- richiesta scritta effettuata presso il Soggetto Incaricato;
- oppure
- mediante disposizione testamentaria
- nei termini previsti dal Codice Civile (artt. 1920 e 1921).

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

ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

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

Il premio viene versato dall'Assicurato:

- 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),
- mediante trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza Collettiva apposito mandato all'incasso.

Nel Modulo di adesione viene indicato l'importo del Premio unico da corrispondere per ogni Assicurato. In caso di cointestazione con ripartizione dell'importo totale del finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure dell'importo del debito residuo del Finanziamento (per i Finanziamenti già in corso), il Premio per ogni Assicurato è calcolato sulla base della quota percentuale dell'importo totale del Finanziamento oppure dell'importo del debito residuo del Finanziamento relativa ad ogni Assicurato.

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).

L'importo del Finanziamento è da intendersi comprensivo anche del premio per le presenti Coperture Assicurative.

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

Copertura Morte	0,02265%
Coperture Danni (Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego)	0,01035% (*)

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

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

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non successiva a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Totale Permanente, 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.

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

Le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Assicurato la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

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

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

Dove

- PVita = Premio versato per la Copertura Morte
- PDanni * 0,975 = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero - Perdita d'Impiego)
- H = Costi sul premio
- N = durata delle Coperture Assicurative espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Finanziamento.

In alternativa l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare alle Imprese di Assicurazione, potrà mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno oppure utilizzando l'apposito Modulo disponibile presso la sede della Banca.

In questo caso gli indennizzi relativi alle Coperture Assicurative saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.

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

In caso di estinzione parziale del Finanziamento, 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.

ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati presso la Filiale della Contraente compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro. Tale Modulo, completo della documentazione prevista, dovrà essere inoltrato alle 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 – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.

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

SERVIZIO CLIENTI

N° Verde 800 123 776

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

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

Le 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 IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato 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'Assicurato o dei suoi aventi diritto, 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'Assicurato. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

ART. 16 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle 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 al domicilio indicato dall'Assicurato sul Modulo di Adesione.

ART. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Contraente – in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento – provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo.

Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

La Contraente terrà indenni e manlevate le 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

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

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dal D.Lgs. n. 28 del 4.3.2010, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia.

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

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione.

ART. 23 CONTROVERSIE

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

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

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

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

ART. 24 TERMINI DI DECADENZA

Ogni diritto nei confronti delle Imprese di Assicurazione si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C.

Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Imprese di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

LE GARANZIE ASSICURATIVE

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

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 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata, salvo le limitazioni 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, che residua dal rapporto di finanziamento contratto dall'Assicurato verso la Banca. In caso di estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

In caso di cointestazione del 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 ai Beneficiari, 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.

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

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

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

ART. 26 ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 25 "PRESTAZIONI ASSICURATE" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa. E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dei Beneficiari;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che

l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;

- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e, solo per le garanzie prestate senza visita medica, malattie già in essere alla data di effetto della sottoscrizione del "Modulo di Adesione";
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello
 - stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. 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.

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

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

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

Dove

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

ART. 27 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di decesso dell'Assicurato, l'avente causa dovrà denunciare il Sinistro nel più breve tempo possibile per iscritto a AVIPOP VITA S.p.A. Ufficio Liquidazioni, Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano, allegando al modulo, di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia del Modulo di Adesione alla polizza assicurativa comprensivo della dichiarazione di buono stato di salute o del questionario medico;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal responsabile della Banca presso cui è stato acceso il Finanziamento;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo alla Contraente, alla data di decesso dell'Assicurato;
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico indicante la causa del decesso;
- relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del Decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla data di inizio della patologia che ha causato il Decesso;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative al primo ricovero e successivi ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso;

- ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori - qualora essi siano minorenni o privi di capacità di agire - dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione anche la seguente documentazione:
 - copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità;
 - copia del codice fiscale;
 - dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario con indicati Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN;
- se l'Assicurato NON ha lasciato testamento: atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio, autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri eredi legittimi oltre a quelli indicati);
- se l'Assicurato HA lasciato testamento: verbale di pubblicazione, copia autenticata del testamento dello stesso ed atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato nel quale sono indicati l'elenco degli eredi testamentari, distinguendoli da eventuali legatari, e l'elenco dei suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato con la specifica indicazione che tali eredi testamentari ed eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritti o quote di eredità;
- decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori o privi della capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta, indicandone il numero di polizza, con esonero dell'Impresa di Assicurazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento, il decreto può essere consegnato anche in copia autenticata;
- in presenza di procura, procura che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore a riscuotere le somme derivanti dal contratto indicandone il numero di polizza; non potranno essere ritenute valide procure rilasciate per pratiche successorie.

Inoltre, in presenza di particolari esigenze istruttorie e, al fine di integrare le risultanze già acquisite, l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere eventuale ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per la definizione della circostanze in cui si è verificato il Decesso dell'Assicurato, quali :

- Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche
- Verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del Decesso da presentarsi nel caso in cui la morte sia avvenuta in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio;
- Decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente..

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

ART. 28 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Assicurato, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 29 "ESCLUSIONI".

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

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del 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 estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

In caso di cointestazione del 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'Assicurato, in caso di sinistro, una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del sinistro moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento (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 500.000,00 per Sinistro, come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO". Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente.

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

ART. 29 ESCLUSIONI

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

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- infortuni causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;

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

ART. 30 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto ad AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo residuo del finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

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

ART. 31 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

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

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.

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

ART. 32 ESCLUSIONI

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

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

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

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

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore o di Dipendente Pubblico;
- Copia del certificato del Pronto Soccorso;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- Dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento;

- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, l'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 all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa.

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

ART. 34 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
 - messa in mobilità;
 - cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria
- l'Impresa di Assicurazione liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della disoccupazione con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

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

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

- ad un Periodo di Carenza di 30 giorni; qualora la Perdita d'Impiego venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, 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 inattività lavorativa.

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

ART. 35 ESCLUSIONI

Nessun Indennizzo è dovuto dall'Impresa di Assicurazione per il caso di Perdita d'Impiego se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Lavoratore dipendente di Ente Pubblico.

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dall'Impresa di Assicurazione per il caso di Perdita d'Impiego nel caso in cui:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente di ente privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato o determinato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;

- durante il periodo di mobilità del lavoratore dipendente di ente privato maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti stagionali e contratti di lavoro interinale;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia;
- i contratti di lavoro sono stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- all'atto dell'adesione l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- l'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità.

ART. 36 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza di 30 giorni, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente di ente privato a tempo determinato o indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Qualora l'Impresa di Assicurazione stia corrispondendo la prestazione – pari all'importo delle rate mensili - e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente di ente privato, quest'ultimo dovrà informare tempestivamente per iscritto l'Impresa di Assicurazione della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Tuttavia, qualora il contratto di lavoro dipendente di ente privato sia solo a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi trascorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

ART. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

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

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- Dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire all'Impresa di Assicurazione le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa. L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione scritta all'Impresa di Assicurazione in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

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

ART. 38 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza, durante il periodo dell'inabilità stessa, con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale. In caso di estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

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

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

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

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

ART. 39 ESCLUSIONI

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

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;

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

ART. 40 DENUNCE SUCCESSIVE

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

ART. 41 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto all'Impresa 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 dell'Assicurato;
- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento;
- 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);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, l'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 all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa.

Data ultimo aggiornamento: 31 ottobre 2012

GLOSSARIO

Assicurato

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 70 anni non compiuti, cliente della Contraente e intestatario del finanziamento con piano di ammortamento alla francese concesso dalla Contraente che ha aderito facoltativamente alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il premio.

Banca

Coincide con la Contraente.

Beneficiario

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. Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

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

Cointestatario

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

Carenza

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

Contraente

La Banca **Denominazione Banca Contraente del Gruppo Banco Popolare** con Sede e Direzione Generale in Società presso la quale è stato richiesto il finanziamento e che stipula i Contratti Collettivi di Assicurazione (Convenzione Assicurativa) con le Imprese di Assicurazione, per conto degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

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

Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego) 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 all'Assicurato un finanziamento, rientrante nell'ambito dei **mutui ipotecari** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata non superiore a 35 anni (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure di durata residua non superiore a 35 anni (per i Finanziamenti già in corso) ed al quale si riferiscono le Coperture Assicurative oggetto del presente Contratto di Assicurazione.

Copertura Assicurativa

Le garanzie assicurative concesse dalle Imprese di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio unico, a fronte della 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;
- per i Finanziamenti già in corso: dal giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione e di pagamento del Premio Unico contrattualmente previsto.

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 insolute.

Durata delle Coperture Assicurative

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

Franchigia

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

Impresa di Assicurazione

Per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Impresa di Assicurazione del Gruppo Aviva con sede in Via A. Scarsellini 14 , 20161 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) – Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 01979370036

Per la Copertura Morte: AVIPOP VITA S.p.A. - Impresa di Assicurazione del Gruppo Aviva con sede in Via A. Scarsellini 14 , 20161 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP nr. 2709 del 12/6/2009 - Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 05913510961

Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro da Infortunio o Malattia

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

Indennizzo

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

Infortunio

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

Intermediario

Banca **Denominazione Banca Contraente del Gruppo Banco Popolare**, Contraente della Convenzione.

Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia

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

Istituto di Cura

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

Lavoratore Autonomo

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

Lavoratore Dipendente di ente privato

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

Lavoratore Dipendente di ente pubblico

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

A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

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

Malattia

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

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

Non Lavoratore

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

Perdita d'Impiego

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

Periodo di Riqualificazione

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

Polizze:

Le Polizze collettive di cui alle Convenzioni nr. e nr., stipulate dalla Contraente **Denominazione Banca Contraente del Gruppo Banco Popolare**, 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'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'Assicurato 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

La degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.

Rata Mensile

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

Sinistro

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

INFORMATIVA PRIVACY E INFORMATIVA SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

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

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

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

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

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

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

Le Imprese di Assicurazione chiedono, quindi, agli interessati di esprimere il consenso - contenuto nella Proposta-Certificato - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

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

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

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

AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano

AVIPOP VITA S.p.A. – Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano - tel. 02.2775.447

Senza tali dati la nostra Società non potrebbe fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge (lo prevede, ad esempio, la disciplina antiriciclaggio).

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

MODALITA' D'USO DEI DATI

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

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

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

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

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

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

AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano

AVIPOP VITA S.p.A. – Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano - tel. 02.2775.447,

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

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

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

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

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

- Servizio Privacy – AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano (il cui Amministratore Delegato pro tempore è responsabile del trattamento dei dati personali, per l'Area Industriale Assicurativa);
- Servizio Privacy - AVIPOP VITA S.p.A. – Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano - tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474 – email privacy_vita@avivaitalia.it (il cui Amministratore Delegato pro temporale è responsabile del trattamento dei dati personali, per l'Area Industriale Assicurativa).

Avipop Assicurazioni S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



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



Sede legale e sede sociale in Italia 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.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204

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



Sede legale e sede sociale in Italia 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

Il prodotto viene distribuito dal Banco Popolare Società Cooperativa e dal Credito Bergamasco S.p.A.

MODULO DI ADESIONE
CREDITOR PROTECTION A PREMIO UNICO
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA
TARIFFA CP29-CP30

Polizze Collettive associate ai Mutui nuovi o stock
n. AVIPOP ASSICURAZIONI SPA - n. AVIPOP VITA SPA

Il sottoscritto N.D.G.
Codice Fiscale percentuale quota di copertura assicurativa%
in relazione al contratto di Finanziamento richiesto/già erogato alla/dalla Banca (di seguito "Banca"):

Filiale di codice filiale
n° mutuo
di importo pari a Euro (euro)
con debito residuo pari a Euro (solo per i finanziamenti già in corso)
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 richiedente/i del finanziamento

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/AMO (in caso di più soggetti futuri cointestatari del finanziamento) che la copertura assicurativa di cui al presente modulo, se non indicata la relativa percentuale quota, **venga attribuita pro quota in parti uguali a tutti i richiedenti**

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

FIRMA DELL'INTESTATARIO

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

FIRMA DELL'ASSICURATO 2

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

FIRMA DELL'ASSICURATO 3

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

FIRMA DELL'ASSICURATO 4

N.B. IL PREMIO E' CALCOLATO SULLA BASE DEI DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO

Avipop Assicurazioni S.p.A.

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.

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



BENEFICIARI

Per la Copertura Caso Morte, Beneficiario/i della prestazione in caso di decesso sono gli eredi testamentari o in mancanza legittimi dell'Assicurato salvo diversa indicazione di seguito riportata.

L'/Gli Assicurato/i designa/no il/i seguente/i Beneficiario/i:

Intestatario: percentuale quota di copertura assicurativa%

Beneficiario/i designato/i:

Assicurato 2: percentuale quota di copertura assicurativa%

Beneficiario/i designato/i:

Assicurato 3: percentuale quota di copertura assicurativa%

Beneficiario/i designato/i:

Assicurato 4: percentuale quota di copertura assicurativa%

Beneficiario/i designato/i:

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

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'INTESTATARIO 1

FIRMA DELL'ASSICURATO 2

FIRMA DELL'ASSICURATO 3

FIRMA DELL'ASSICURATO 4

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 ed a AVIPOP Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale, ricovero ospedaliero da infortunio e malattia, perdita d'impiego in relazione ai Contratti di Finanziamento;
- che le suddette garanzie, per la Copertura Vita (morte per tutte le cause) si riferiscono alla polizza collettiva n. 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 da infortunio e malattia, perdita d'impiego) si riferiscono alle polizze collettive n. 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 75esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
 - alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO", di seguito riportata; ovvero
 - alla sottoscrizione dell'eventuale questionario sanitario e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione delle Imprese di Assicurazione ed il pagamento del premio verrà effettuato qualora le Imprese abbiano comunicato l'accettazione del rischio;

DICHIARO/IAMO

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- **di aderire**, in qualità di sottoscrittore, alle polizze collettive suindicate, che prevedono il versamento di un premio unico il cui ammontare lordo totale (Copertura Vita e Coperture Danni) è di Euro = (euro) comprensivo di imposte del 2,50% sulla parte di premio relativa alle Coperture Danni;
- **autorizzo/iamo** la "Banca" a trattenere il suddetto ammontare lordo totale dal mio/nostro conto corrente 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 totale del Finanziamento 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

FIRMA DELL'INTESTATARIO 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'INTESTATARIO 1 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

DICHIARO/IAMO

di aver letto e conoscere l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali riportata nel Fascicolo Informativo e, consapevole/i che in mancanza di consenso non è possibile la stipulazione del contratto di assicurazione o la sua successiva prosecuzione, presto/iamo il consenso alla comunicazione ad AVIPOP Vita S.p.A. ed ad AVIPOP Assicurazioni S.p.A. e a soggetti terzi ed al relativo trattamento per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza nonché per l'eventuale trasferimento all'estero dei Dati, ivi compresi dati sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'INTESTATARIO 1 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

DICHIARO/IAMO CHE

- sono/siamo consapevole/i che l'adesione alla Polizza è facoltativa;
- sono/siamo consapevole/i della facoltà di ricercare sul mercato prodotti analoghi;
- il prodotto corrisponde alle mie/nostre esigenze di protezione assicurativa personale e dei soggetti designati come Beneficiari.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'INTESTATARIO 1 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

DICHIARO /IAMO ALTRESI'

- **di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni ISVAP - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sulla Privacy ed il presente Modulo di Adesione che definiscono il Contratto;**
- di aver ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti - ai sensi dell'art. 49 comma 2 lettera a) bis del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- di aver ricevuto il documento contenente - ai sensi dell'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'INTESTATARIO 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: Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio - Decorrenza e durata della Copertura Assicurativa - Denuncia di sinistro - Cessione dei Diritti - Foro Competente – Controversie - Prestazioni Assicurate - Esclusioni

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'INTESTATARIO 1 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO (OVE PREVISTO)

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

DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

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

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

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

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

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

Dichiaro/iamo agli effetti della validità della presente assicurazione, di essere consapevole/i che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'INTESTATARIO 1 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 2 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 4 _____

Data ultimo aggiornamento: 31 ottobre 2012

Timbro e Firma della Filiale _____
(per convalida firma)