

Avipop Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Aviva

Aviva Previdenza S.p.A.
Gruppo Aviva

Coperture Assicurative

Indice

- Informativa precontrattuale ai sensi dell'art. 49 del Regolamento Isvap nr. 5/2006 Pag. 05
- Copertura assicurativa creditor protection abbinata ai prestiti personali ed ai prestiti finalizzati
Condizioni Generali di Assicurazione AVIPOP ASSICURAZIONI SPA - AVIVA PREVIDENZA SPA - DUCATO SPA Pag. 13
- Copertura assicurativa creditor protection abbinata alla Linea di Credito Revolving
(di seguito Conto Revolving) e/o carta di credito
Condizioni Generali di Assicurazione AVIPOP ASSICURAZIONI SPA - AVIVA PREVIDENZA SPA - DUCATO SPA Pag. 29

Informativa Precontrattuale

Ai sensi dell'art. 49 del Regolamento Isvap n. 5/2006

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE
(ai sensi dell'art. Art. 49 Regolamento ISVAP n. 5/2006)

**COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI
NEI CONFRONTI DEL CONTRAENTE**

Da consegnare in occasione del primo contatto con il contraente

Ai sensi delle disposizioni del D. Lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche, consegnano al contraente copia del documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 - assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 - ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 - denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di cinquecento euro annui per ciascun contratto.

Modello 7B

**INFORMAZIONI SULL'INTERMEDIARIO, SU POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI
E SUGLI STRUMENTI DI TUTELA DELL'ASSICURATO**

Da consegnare all'Assicurato prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario/addetto che entra in contatto con l'Assicurato

a) cognome, nome e ruolo del soggetto che entra in contatto con l'Assicurato

b) SOLO PER I SOGGETTI ESTERNI ISCRITTI alla SEZ. E del Registro degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi (RUI) - numero, data di iscrizione nel registro

c) indirizzo delle sedi operative

d) recapito telefonico ed eventuali indirizzi internet e di posta elettronica

e) dati anagrafici e sede operativa/denominazione o ragione sociale e sede legale dell'intermediario per il quale è svolta l'attività, con l'indicazione della sezione di appartenenza e dei relativi numero e data di iscrizione: **BIPITALIA DUCATO S.p.A - Via Carlo Angeloni nr. 45 - 55100 Lucca - Iscritta alla Sez. D del RUI al numero D000200003**

f) recapito telefonico ed eventuali indirizzi internet e di posta elettronica dell'intermediario per il quale è svolta l'attività:

Tel: 0583/532211 - FAX 0583/532200 - www.ducato.it - info@ducato.it

g) imprese di cui sono offerti i prodotti: **Avipop Assicurazioni S.p.A.** per le coperture danni e **Aviva Previdenza S.p.A.** per la copertura morte.

h) l'Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta è l'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) con sede in via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma. Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'ISVAP (www.isvap.it).

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

a) L'intermediario non è detentore di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di **Avipop Assicurazioni S.p.A.** e **Aviva Previdenza S.p.A.**. Il Gruppo Bancario Banco Popolare, del quale Bipitalia Ducato fa parte, è detentore di una partecipazione diretta superiore al 10% del capitale sociale di **Avipop Assicurazioni S.p.A.**.

b) Nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto della società di intermediazione per la quale l'intermediario opera.

c) l'intermediario propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongano di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. L'intermediario s'impegna ad avvisare l'Assicurato del suo diritto di richiedere la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha o potrebbe avere rapporti d'affari e, su richiesta del medesimo, ad indicare tali imprese. Le informazioni si riferiscono sia al soggetto che entra in contatto con l'Assicurato che all'intermediario per il quale è svolta l'attività.

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela dell'Assicurato

a) i premi pagati dall'Assicurato agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso;

b) ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, l'Assicurato ha facoltà di inoltrare reclamo per iscritto ad **Avipop Assicurazioni S.p.A.** con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano - per questioni afferenti le coperture danni e **Aviva Previdenza S.p.A.** con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano - per questioni afferenti la copertura morte;

l'Assicurato, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte delle Imprese Assicurative entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa.

**SCHEDA PRODOTTO COPERTURA ASSICURATIVA SUL CREDITO ABBINATA AI PRESTITI FINALIZZATI E PRESTITI PERSONALI
CONCESSI DA BIPITALIA DUCATO SPA
CONVENZIONE N. 2602 STIPULATA CON AVIPOP ASSICURAZIONI SPA E CONVENZIONE N° 210.665 STIPULATA CON AVIVA
PREVIDENZA SPA**

Decorrenza Convenzione	01/01/2008
Compagnie di Assicurazione	Avipop Assicurazioni S.p.A. e Aviva Previdenza S.p.A.
Contraente	BIPITALIA DUCATO S.p.A.
Beneficiario	La Contraente che riceve la prestazione prevista dal Programma Assicurativo quando si verifica il sinistro
Assicurato	La persona che ha stipulato con la Contraente un Contratto di Finanziamento personale / finalizzato e abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo
Contratti di Finanziamento	Prestiti personali Prestiti finalizzati
Garanzie offerte	<ul style="list-style-type: none"> - Decesso a seguito di infortunio o malattia, per tutti gli Assicurati; - Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia, per tutti gli Assicurati; - Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia, per i lavoratori autonomi e dipendenti del settore pubblico e lavoratori atipici assunti con le forme previste dalla Legge Biagi; - Ricovero Ospedaliero, per i non lavoratori; - Perdita involontaria d'impiego, per i lavoratori dipendenti del settore privato. - Garanzia di Assistenza alla persona, per tutti gli Assicurati.
Prestazione in caso di sinistro	<ul style="list-style-type: none"> - Per la garanzia Morte e Invalidità Permanente Totale: indennizzo massimo fino a Euro 35.000,00 - Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita involontaria d'impiego Euro 2.000,00 mensili con il massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa - Garanzia di Assistenza alla persona: limiti di garanzia specificate nella Sezione F
Durata massima del contratto di assicurazione	Durata minima 6 mesi - max. 84 mesi - coincide con la durata del Contratto di Finanziamento
Premio	<p>Unico anticipato. L'importo totale del premio unico è pari alla somma del premio per la copertura morte, del premio per le coperture danni e del premio per la Copertura Assistenza alla persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copertura Morte: 1,72% - Coperture Danni (IPT – ITT – RO – PII): 1,4186% (*) - Assistenza alla persona (A): Euro 24,00 per anno di durata (**) <p>N.B: Per le coperture Morte e Danni, il tasso viene applicato all'importo totale del finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento mentre per la copertura Assistenza, viene addebitato un premio pari a quello annuo, moltiplicato per la durata del finanziamento (in numero di anni) e aggiunto al premio calcolato sul finanziamento richiesto.</p> <p>(*) Il tasso applicato per determinare il premio per le Coperture Danni è già comprensivo delle imposte di Legge del 2,5%.</p> <p>(**) Il premio delle Garanzie Assistenza alla persona è già comprensivo delle imposte di Legge del 10%.</p>
Persone assicurabili	<p>Tutte le persone fisiche che alla data dell'adesione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sottoscrivano la Dichiarazione di buono stato di salute riportata nella Dichiarazione di Adesione al presente Programma Assicurativo - abbiano compiuto almeno 18 anni di età e non ancora 70 anni alla data di stipulazione del presente Programma Assicurativo fermo restando che l'età massima, ai fini dell'efficacia della copertura, è di 75 anni non compiuti.

Decorrenza e durata della copertura

Decorrenza	L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo a condizione che il premio sia stato corrisposto e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del finanziamento; altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del finanziamento.
Cessazione dell'assicurazione	L'Assicurazione termina: <ul style="list-style-type: none">- alle ore 24.00 del giorno di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento- alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:<ul style="list-style-type: none">- Raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato- Recesso dell'Assicurato- Liquidazione dell'Indennizzo previsto per Morte dell'Assicurato- Liquidazione dell'Indennizzo previsto per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato.

Garanzie Prestate

Decesso	In caso di decesso, la Compagnia di Assicurazione corrisponde al Beneficiario una somma pari al capitale residuo al momento del sinistro in base al Contratto di Finanziamento fino ad un massimo di Euro 35.000,00.
Invalidità Permanente Totale	Per Invalidità Permanente pari o superiore al 66%, della Totale, la Compagnia di Assicurazione corrisponde al Beneficiario il debito residuo al momento del sinistro in base al Contratto di Finanziamento fino ad un massimo di Euro 35.000,00.
Inabilità Temporanea Totale	Per l'Inabilità Temporanea, la Compagnia di Assicurazione corrisponde al Beneficiario una o più mensilità di importo massimo fino a Euro 2.000,00 (per un massimo di 12 mesi per sinistro e per un massimo di 24 mesi per tutta la durata contrattuale). L'indennità sarà riconosciuta trascorso un periodo di franchigia di 60 giorni.
Ricovero Ospedaliero	Per il Ricovero, la Compagnia di Assicurazione corrisponde al Beneficiario una o più mensilità di importo massimo fino a Euro 2.000,00 (per un massimo di 12 mesi per sinistro e per un massimo di 24 mesi per tutta la durata contrattuale) trascorsi i primi 7 giorni di franchigia.
Perdita d'Impiego	Per la perdita d'Impiego, la Compagnia di Assicurazione corrisponde al Beneficiario una o più mensilità di importo massimo fino a Euro 2.000,00 (per un massimo di 12 mesi per sinistro e per un massimo di 24 mesi per tutta la durata contrattuale). L'indennità sarà riconosciuta trascorso un periodo di franchigia di 60 giorni.
Assistenza alla Persona	Per la Garanzia Assistenza, la Compagnia di Assicurazione si impegna a mettere a immediata disposizione dell'Assicurato un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito legato ad infortunio o malattia come meglio specificato nella sezione F.
Carenza	Per l'Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia o per Ricovero Ospedaliero il periodo di carenza è di 30 giorni successivi alla data di decorrenza. Per la Perdita d'impiego il periodo di carenza è di 90 giorni successivi alla data di decorrenza.
Franchigia (assoluta)	Per l' Invalidità Permanente Totale è pari al 66%. Per l' Inabilità temporanea è pari a 60 giorni. Per la garanzia Ricovero Ospedaliero è pari a 7 giorni. Per la Perdita d'Impiego è pari a 60 giorni
Oneri Fiscali	Le imposte ed altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al Contratto sono a carico dell'Assicurato I premi di assicurazione sono soggetti alle seguenti imposte di Legge: <ul style="list-style-type: none">- garanzia IPT, ITT, RO, PII = 2,5%- garanzia Assistenza = 10%- garanzia Morte in tutti i casi (D) = nessuna Il tasso applicato per determinare il premio per le Coperture Danni e Assistenza è già comprensivo delle imposte di Legge.

**SCHEDA PRODOTTO COPERTURA ASSICURATIVA SUL CREDITO ABBINATA ALLE CARTE DI CREDITO E/O ALLE LINEE DI CREDITO REVOLVING (CONTI REVOLVING) CONCESSI DA BIPITALIA DUCATO SPA
CONVENZIONE N. 2603 STIPULATA CON AVIPOP ASSICURAZIONI SPA E CONVENZIONE N° 210.664 STIPULATA CON AVIVA PREVIDENZA SPA**

Decorrenza Convenzione	01/01/2008						
Compagnie di Assicurazione	Avipop Assicurazioni S.p.A. e Aviva Previdenza S.p.A.						
Contraente	BIPITALIA DUCATO S.p.A.						
Beneficiario	La Contraente che riceve la prestazione prevista da Contratto di Assicurazione quando si verifica il sinistro						
Assicurato	Il Titolare richiedente del Conto Revolving e/o della Carta di Credito che abbia aderito al Programma Assicurativo						
Strumenti Finanziari	Carte di credito a saldo e revolving Conti Revolving						
Garanzie offerte	<ul style="list-style-type: none"> - Decesso a seguito di infortunio o malattia, per tutti gli Assicurati; - Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia, per tutti gli Assicurati; - Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia, per i lavoratori autonomi o dipendenti del settore pubblico e lavoratori atipici assunti con le forme previste dalla Legge Biagi; - Ricovero Ospedaliero, per i non lavoratori; - Perdita involontaria d'impiego, per i lavoratori dipendenti del settore privato. 						
Prestazione in caso di sinistro	<p>Carta di Credito: a saldo e revolving per le Carte di Credito la prestazione massima assicurabile è pari a Euro 5.000,00, Rate di rimborso: per la garanzia Inabilità temporanea totale (ITT) e la garanzia Ricovero Ospedaliero (RO), un massimo di 12 mensilità consecutive e 36 per più periodi di ITT distinti; per la garanzia Perdita Involontaria d'impiego (PII), un massimo di 6 mensilità consecutive e 18 per più interruzioni di lavoro differenti.</p> <p>Conto Revolving - la prestazione massima assicurabile è pari a Euro 35.000,00; Rate di rimborso: per la garanzia Inabilità temporanea totale (ITT) e la garanzia Ricovero Ospedaliero (RO), un massimo di 12 mensilità consecutive e 36 per più periodi di ITT distinti; per la garanzia Perdita Involontaria d'impiego (PII), un massimo di 6 mensilità consecutive e 18 per più interruzioni di lavoro differenti.</p> <p>La prestazione assicurata massima deve intendersi complessiva per Assicurato qualunque sia il numero dei Conti Revolving e/o delle Carte di Credito di cui l'Assicurato è titolare. Di conseguenza, in caso di sinistro che colpisca un Assicurato titolare di una carta e di un conto revolving, la Compagnia di Assicurazione indennizzerà un importo massimo fino a Euro 35.000,00 per il conto e fino a Euro 5.000,00 per la carta. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dalla prestazione pagabile.</p>						
Durata massima del contratto di assicurazione	Corrisponde al periodo di validità della carta di credito/durata del conto revolving						
Premio periodico mensile	<p>L'importo totale del premio periodico mensile è pari alla somma del premio per la copertura morte e del premio per le coperture danni e viene calcolato applicando i seguenti tassi all'importo debito residuo dovuto dall'Assicurato:</p> <table> <tr> <td>CARTA DI CREDITO</td><td>CONTO REVOLVING</td></tr> <tr> <td>Copertura Morte 0,21%</td><td>Copertura Morte 0,171%</td></tr> <tr> <td>Coperture Danni IPT, ITT, RO, PII 0,125% (*)</td><td>Coperture Danni IPT, ITT, RO, PII 0,055% (*)</td></tr> </table> <p>(*) Il tasso applicato per determinare il premio per le Coperture Danni è già comprensivo delle imposte di Legge del 2,50%.</p>	CARTA DI CREDITO	CONTO REVOLVING	Copertura Morte 0,21%	Copertura Morte 0,171%	Coperture Danni IPT, ITT, RO, PII 0,125% (*)	Coperture Danni IPT, ITT, RO, PII 0,055% (*)
CARTA DI CREDITO	CONTO REVOLVING						
Copertura Morte 0,21%	Copertura Morte 0,171%						
Coperture Danni IPT, ITT, RO, PII 0,125% (*)	Coperture Danni IPT, ITT, RO, PII 0,055% (*)						

Persone assicurabili	<p>Tutte le persone fisiche che alla data dell'adesione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - siano titolari di un Conto Revolving e/o di una Carta di Credito; - sottoscrivano la Dichiarazione di buono stato di salute riportata nella Dichiarazione di Adesione al presente Programma Assicurativo; - abbiano compiuto almeno 18 anni di età e non ancora 70 anni alla data di stipulazione del presente Programma Assicurativo fermo restando che l'età massima, ai fini dell'efficacia della copertura, è di 75 anni non compiuti.
Decorrenza e durata della copertura	
Decorrenza	Per ciascun Assicurato le garanzie decorrono dalle ore 24.00 del giorno del primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito o dalle ore 24.00 del giorno di adesione al Programma assicurativo.
Cessazione dell'assicurazione	<p>Il Programma Assicurativo termina nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di mancato pagamento del premio assicurativo - recesso dell'Assicurato - Raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato - Liquidazione dell'Indennizzo previsto per Morte dell'Assicurato - Liquidazione dell'Indennizzo previsto per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato - Disdetta del Conto Revolving e/o della Carta di Credito.
Garanzie Prestate	
Decesso	La Compagnia di Assicurazione rimborsa al Beneficiario il debito residuo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito alla data del Decesso fino ad un importo massimo fino a Euro 35.000,00 per il Conto Revolving e fino a Euro 5.000,00 per la Carta di Credito.
Invalidità Permanente Totale	Per Invalidità Permanente pari o superiore al 66% della Totale la Compagnia di Assicurazione rimborsa al Beneficiario il debito residuo del Conto Revolving e/o della Carta di credito alla data di riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale.
Inabilità Temporanea Totale	Per l'Inabilità Temporanea Totale la Compagnia di Assicurazione corrisponde al Beneficiario le rate mensili scadenti durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato, trascorso un periodo di franchigia di 60 giorni per un massimo di 12 mesi per sinistro e per un massimo di 36 mesi per tutta la durata contrattuale. Il rimborso termina con la scadenza del periodo di Inabilità comprovato da opportuna documentazione.
Ricovero Ospedaliero	Per il Ricovero Ospedaliero la Compagnia di Assicurazione corrisponde al Beneficiario le rate mensili scadenti durante il periodo di Ricovero Ospedaliero, trascorso un periodo di franchigia di 7 giorni (per un massimo di 12 mesi per sinistro e per un massimo di 36 mesi per tutta la durata contrattuale).
Perdita involontaria d'Impiego	Per la Perdita Involontaria d'Impiego la Compagnia di Assicurazione corrisponde al Beneficiario le rate mensili scadenti, durante il periodo di Disoccupazione, trascorso un periodo di franchigia di 60 giorni (per un massimo di 6 mesi per sinistro e per un massimo di 18 mesi per tutta la durata contrattuale).
Carenza	<p>Per l'Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia o per Ricovero Ospedaliero il periodo di carenza è di 30 giorni successivi alla data di decorrenza.</p> <p>Non è assicurato il licenziamento notificato durante i primi 90 giorni dalla più recente delle seguenti date:</p> <p>1) data del primo utilizzo della carta; 2) data di adesione al Programma Assicurativo.</p>
Franchigia (assoluta)	<p>Per l' Invalidità Permanente Totale è pari al 66%.</p> <p>Per l' Inabilità temporanea è pari a 60 giorni.</p> <p>Per la garanzia Ricovero Ospedaliero è pari a 7 giorni.</p> <p>Per la Perdita d'Impiego è pari a 60 giorni</p>
Oneri Fiscali	<p>Le imposte ed altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Assicurato. I premi di assicurazione sono soggetti alle seguenti imposte di Legge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - garanzia IPT, ITT, RO, PII = 2,5% - garanzia Morte in tutti i casi (D) = nessuna <p>Il tasso applicato per determinare il premio per le Coperture Danni è già comprensivo delle imposte di Legge del 2,50%.</p>

Avipop Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Aviva

Aviva Previdenza S.p.A.
Gruppo Aviva

Copertura Assicurativa Creditor Protection abbinata ai Prestiti Personali ed ai Prestiti Finalizzati

Condizioni Generali di Assicurazione

Avipop Assicurazioni S.p.A. - Aviva Previdenza S.p.A. - Ducato S.p.A.

Gennaio 2008

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALL'ASSICURATO

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 2602 stipulata tra BIPITALIA DUCATO S.P.A. e AVIPOP ASSICURAZIONI S.P.A. e della Polizza Collettiva n° 210.665 stipulata tra BIPITALIA DUCATO S.P.A. e AVIVA PREVIDENZA S.P.A. sono depositati presso le sedi di tutte le Società anzidette.

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: il soggetto persona fisica che ha stipulato un Contratto di Prestito Finalizzato, Prestito Personale (Contratto di Finanziamento) e che ha aderito al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposita Dichiarazione di Adesione.

Assistenza (A): copertura assicurativa con la quale la Compagnia di Assicurazione si impegna a mettere a immediata disposizione dell'Assicurato un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito legato ad infortunio o malattia.

Beneficiario: la Contraente che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione quando si verifica il sinistro.

Carenza: periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, le Compagnie di Assicurazione non corrispondono la prestazione assicurata.

Compagnia di Assicurazione: Per le coperture danni (Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego, Assistenza alla persona): Avipop Assicurazioni S.p.A. - Compagnia del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP N. 2388 del 9 novembre 2005 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01979370036. Per la copertura morte: Aviva Previdenza S.p.A. - Compagnia del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano - autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 17820 del 04/08/1988 (Gazzetta Ufficiale n. 205 del 01/09/1988) - Codice Fiscale n. 08745960156 Partita IVA 12648740152

Contraente: Bipitalia Ducato S.p.A. - 55100 Lucca, Via Carlo Angeloni n. 45 - Società presso la quale è stato richiesto il finanziamento e che stipula i contratti collettivi di assicurazione con le Compagnie di Assicurazione, per conto degli Assicurati.

Contratto di Finanziamento: il Contratto di Finanziamento con il quale la Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata compresa tra 6 e 84 mesi e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente polizza.

Copertura Assicurativa: la garanzia assicurativa concessa dalle Compagnie di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte della quale le Compagnie di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Decorrenza: le coperture assicurative decorrono dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Programma Assicurativo a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del finanziamento, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del finanziamento.

Debito residuo: quanto residua in linea capitale, a favore della Contraente, relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

Disoccupazione: lo stato dell'Assicurato, Lavoratore Dipendente, qualora egli:

- abbia cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia, o nelle liste di mobilità regionali o percepisca un'indennità derivante da Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Ente Privato: ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico: ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

Inabilità Temporanea Totale (ITT): la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa, a seguito di Infortunio o Malattia.

Indennizzo: la somma dovuta dalle Compagnie di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza, a seguito del verificarsi di un sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, alla riduzione o all'estinzione del debito residuo del Contratto di Finanziamento.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Permanente Totale (IPT): 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 66% 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.

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 (così come indicata nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (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, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto di Finanziamento le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi).

Lavoratore Dipendente: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 47, 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).

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Morte: decesso dell'Assicurato, avvenuto per qualunque causa.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

Normale Attività Lavorativa: l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Perdita d'Impiego (PII): la perdita da parte dell'Assicurato dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendente quindi dalla sua volontà o colpa, che generi lo stato di Disoccupazione.

Periodo di Franchigia Assoluta: periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, per Perdita di Impiego oppure per Ricovero Ospedaliero, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

Periodo di Riqualificazione: un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Totale Temporanea, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita d'Impiego o Inabilità Totale Temporanea.

Polizza: la Polizza Collettiva di cui alle Convenzioni n. 2602 e n. 210.665, stipulate da Bipitalia Ducato S.p.A., rispettivamente con Avipop Assicurazioni S.p.A. e Aviva Previdenza SpA, disciplinata dalle seguenti Condizioni Generali a cui abbia aderito l'Assicurato, sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo.

Premio: le somme dovute alle Compagnie di Assicurazione, a fronte delle coperture assicurative prestate. Il premio viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione.

Programma Assicurativo: l'insieme delle coperture assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione.

Pubblica Amministrazione: ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale.

Ricovero Ospedaliero (RO): la degenza ininterrotta e con pernottamento in un Istituto di Cura 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.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

ART. 1 - GARANZIE Il presente Programma Assicurativo, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra BIPITALIA DUCATO SpA e le Compagnie di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Morte (in seguito definita D), per tutti gli Assicurati, prestata da Aviva Previdenza SpA;
- Invalidità Permanente Totale (in seguito definita IPT), per tutti gli Assicurati, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero (in seguito definita RO), solo per chi non esercita alcuna attività lavorativa, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro (in seguito definita ITT), solo per i lavoratori autonomi, dipendenti del settore pubblico, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Perdita Involontaria d'Impiego (in seguito definita PII), solo per i lavoratori dipendenti del settore privato, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Assistenza alla persona (in seguito definita A), per tutti gli Assicurati, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea; la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è valida solo sul territorio dello Stato Italiano e il contratto di lavoro deve essere regolamentato dalla legge italiana.

Per la garanzia Assistenza alla persona i limiti territoriali sono quelli previsti dalla Sezione F – art. 43 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE".

ART. 2 - PRESTAZIONI Il Programma Assicurativo prevede le seguenti prestazioni:

- Morte (D): l'Indennizzo è pari al debito residuo del Contratto di Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolte e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - alla data del decesso;
- Invalidità Permanente Totale (IPT): l'Indennizzo è pari al debito residuo del Contratto di Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolte e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - alla data di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente. Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data di accadimento dell'infortunio oppure, in caso di malattia, tra la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Permanente Totale, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.
- Inabilità Temporanea Totale (ITT): per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Finanziamento al momento del sinistro. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale opererà un periodo di franchigia di sessanta giorni dalla data di ripresa dell'attività lavorativa; tale nuovo periodo di franchigia verrà applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.
- Perdita Involontaria d'Impiego (PII): per ciascuna rata scadente durante il periodo di inattività comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del finanziamento al momento del sinistro.
- Ricovero Ospedaliero (RO): in caso di Ricovero Ospedaliero perdurante oltre il Periodo di Franchigia di 7 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del finanziamento al momento del sinistro; un ulteriore Indennizzo, pari alla rata mensile suddetta, sarà corrisposto per ciascun periodo di trenta giorni consecutivi successivi alla scadenza del Periodo di Franchigia.
- Assistenza alla persona (A): le prestazioni previste dalla presente Garanzia sono descritte e all'Art. 45 "PRESTAZIONI DI ASSISTENZA" che segue.

ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA' Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente;

- di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di stipulazione del presente Programma Assicurativo e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento non abbiano ancora compiuto 75 anni;
- che abbiano sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella stessa.

Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento preveda anche la sottoscrizione di un soggetto in qualità di Garante, si considera Assicurato il soggetto che ha sottoscritto la Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo, sempre che, ricorrano le condizioni di assicurabilità di cui al precedente comma. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dalle Compagnie di Assicurazione all'atto della adesione al Programma Assicurativo, devono corrispondere a verità ed esattezza. Anche se non espressamente prevista dalle formalità di ammissione al Programma Assicurativo, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico. Pertanto, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo e la Data di Perfezionamento del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle Compagnie di Assicurazione prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste. In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione è da ritenersi confermata purché l'erogazione del finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione della Dichiarazione 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. 4 - DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Programma Assicurativo, a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del finanziamento, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del finanziamento. La durata del Programma Assicurativo, espressa in mesi interi, coincide sempre con l'originaria durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 84 mesi. Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- al pagamento di una prestazione, da parte della Compagnia di Assicurazione, nell'ambito della garanzia Morte o della garanzia Invalidità Permanente Totale;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Programma Assicurativo, da parte dell'Assicurato.

ART. 5 - DIRITTO DI RECESSO L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo entro 30 giorni dalla data di decorrenza del medesimo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Contraente. L'eventuale premio pagato verrà rimborsato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, all'Assicurato per il tramite della Contraente che provvederà a ridurre di pari importo il debito residuo dell'Assicurato.

ART. 6 - LIMITI DI INDENNIZZO La prestazione assicurata è pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolte e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie. L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte ed Invalidità Permanente Totale: l'importo di Euro 35.000,00 per Sinistro.
- In caso di Inabilità Temporanea Totale - Perdita Involontaria d'Impiego - Ricovero Ospedaliero: l'importo di Euro 2.000,00 mensili con il massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 7 - PREMIO ASSICURATIVO Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alle Compagnie di Assicurazione di un premio unico, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato, in via anticipata e in un'unica soluzione. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto alle Compagnie di Assicurazione. L'importo totale del premio unico è pari alla somma del premio per la copertura morte, del premio per le coperture danni e del premio per la copertura Assistenza alla persona. Per le coperture Morte e Danni, il tasso viene applicato all'importo totale del finanziamento richiesto comprensivo delle Commissioni previste dal Contratto di Finanziamento, mentre per la copertura Assistenza, viene addebitato un premio pari a quello annuo, moltiplicato per la durata del finanziamento (in numero di anni) e aggiunto al premio calcolato sul finanziamento richiesto. Di seguito i tassi/premio suddivisi per garanzia:

Copertura Morte	1,72%
Coperture Danni (IPT - ITT - RO - PII)	1,4186% (*)
Assistenza alla persona (A)	Euro 24,00 annui (**)

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

(**) Il premio per le Garanzie di Assistenza alla persona è già comprensivo delle imposte di Legge pari al 10%.

ART. 8 - ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE E PARZIALE DEL FINANZIAMENTO In caso di estinzione totale del finanziamento prima dei termini originariamente convenuti, non dovuti a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Permanente Totale, le coperture assicurative resteranno in vigore. L'Assicurato potrà indicare i nuovi Beneficiari della polizza ed il capitale residuo seguirà la stessa struttura di ammortamento in base ad un tasso prestabilito; la Compagnia di Assicurazione provvederà a corrispondere ai nuovi Beneficiari la prestazione. In mancanza di designazione, la Compagnia di Assicurazione liquiderà la prestazione agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

ART. 9 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

- Morte: il beneficio della prestazione assicurata spetta alla Contraente che potrà utilizzare l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre/estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento. Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al debito residuo al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione degli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.
- Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego: l'Indennizzo sarà corrisposto alla Contraente, che opera in qualità di mandatario di pagamento dell'Assicurato; la Contraente terrà indenne la Compagnia di Assicurazione da ogni pretesa avanzata in relazione alla Copertura Assicurativa. La Contraente potrà utilizzare l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre il debito residuo del Contratto di Finanziamento e, qualora tale importo fosse superiore al debito residuo, restituirà l'eccedenza all'Assicurato.
- Assistenza alla persona: l'Indennizzo o la prestazione saranno corrisposti direttamente all'Assicurato in base a quanto previsto all'Art. 45 "PRESTAZIONI DI ASSISTENZA".

ART. 10 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI In caso di Sinistro l'Assicurato o gli aventi diritto devono compilare gli appositi moduli reperibili presso la Contraente o presso il numero verde e inviarli all'indirizzo e secondo le modalità ivi riportate, con allegata la documentazione richiesta. Inoltre:

- per informazioni relative ai Sinistri relativa alla Garanzia Morte (D) gli aventi diritto devono rivolgersi al **Numero Verde**

800 113 085

- per informazioni relative ai Sinistri Danni (IPT, ITT, RO, PII) l'Assicurato deve rivolgersi al **Numero Verde 800 528 999**, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 17:00.

- per richiedere le Prestazioni di Assistenza l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24, al **Numero Verde: per l'Italia 800 312 629 dall'Estero 02 26609127** preceduto dal prefisso internazionale per l'Italia.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta utilizzando i moduli prestampati forniti, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel modulo di denuncia. La Compagnia di Assicurazione ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro. La Compagnia di Assicurazione si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti o perizie mediche per verificare la fondatezza delle informazioni alla stessa comunicate. La Compagnia di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite in unica soluzione entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa richiesta comprovante il sinistro.

ART. 11 - 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, se richiesto, a fornire ai clienti copia della Dichiarazione di Adesione e delle Condizioni Contrattuali applicabili all'Assicurato. Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà. La Contraente terrà indenni e manlevate le Compagnie di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

ART. 12 - LEGGE APPLICABILE La Legge applicabile è quella italiana.

ART. 13 - COMUNICAZIONI Tutte le comunicazioni inviate alle Compagnie di Assicurazione da parte dell'Assicurato, con riferimento alle Convenzioni dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte delle Compagnie di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio indicato alla Contraente o a quello successivamente comunicato, a pena di inopponibilità, dall'Assicurato.

ART. 14 - RECLAMI Eventuali reclami inerenti il Programma Assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a:

Per la Copertura Morte (D):

AVIVA Previdenza S.p.A. - Servizio Reclami - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano (Italia)

n. di fax 02 2775245 - Indirizzo e-mail: cureclami@avivaitalia.it

Per le Coperture Danni (IPT-ITT-RO-PII) – Assistenza alla persona (A):

Avipop Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano (Italia)

n. di fax 02 2775245 - Indirizzo e-mail: cureclami@avivaitalia.it

specificando in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati. 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:

I.S.V.A.P. - Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo

Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA (Italia) - tel. 06/421331 - fax 06/42133545.206

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia di Assicurazione.

ART. 15 - 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. 16 - FORO COMPETENTE Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo della Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere diritti derivanti dal contratto.

SEZIONE A - ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE (Garanzia prevista per tutti gli Assicurati)

ART. 17 - PRESTAZIONI ASSICURATE Il presente Programma Assicurativo prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della copertura assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia di Assicurazione della prestazione assicurata, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 18 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Contratto di Finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie e non potrà superare l'importo di Euro 35.000,00 per Sinistro. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Programma Assicurativo, non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia di Assicurazione e il premio versato resta acquisito da quest'ultima. La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione alla Contraente. Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione degli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

ART. 18 - ESCLUSIONI Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 17 "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:

- a) partecipazione attiva dell'Assicurato a: delitti dolosi, fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, risse tranne per il caso di legittima difesa, atti di terrorismo e sabotaggio;
- b) 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 pilota o membro dell'equipaggio;
- c) suicidio che avvenga nei primi due anni dalla data di decorrenza della copertura;
- d) uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati d'alcolismo acuto o cronico;
- e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- f) seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e, solo per le garanzie prestate senza visita medica, malattie già in essere alla data di effetto della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione;
- g) pratica di attività sportive professionistiche;
- h) pratica del paracadutismo o di sports aerei in genere;
- i) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altre patologie ad essa collegate.

Inoltre, se si verifica in un luogo uno stato di guerra o sommosse popolari ed eventi simili durante il soggiorno dell'Assicurato, quest'ultimo è coperto per dieci giorni dall'ordine di evacuazione emanato dalle Autorità Italiane, salvo che la permanenza non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano. L'esistenza di una situazione di guerra e simili in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, implica l'esclusione totale della copertura assicurativa.

ART. 19 - DENUNCIA DI SINISTRO In caso di decesso dell'Assicurato l'avente causa dovrà denunciare il sinistro nel più breve tempo possibile per iscritto a Aviva Previdenza S.p.A. Ufficio Liquidazioni, V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano, allegando al modulo, di cui al precedente Art. 10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- a) modulo di denuncia del sinistro;
 - b) Dichiarazione di adesione al Programma Assicurativo;
 - c) copia del Contratto di Finanziamento;
 - d) evidenza della situazione del debito residuo in capo alla Contraente alla data del decesso dell'Assicurato comunicata dalla Contraente;
 - e) certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
 - f) certificato medico attestante la causa patologica del decesso dell'Assicurato ed eventuali pregressi fatti morbosi ad essa connessi;
- Pertanto, in presenza di particolari esigenze istruttorie ed al fine di integrare le risultanze già acquisite, la Compagnia di Assicurazione si riserva di richiedere ulteriore documentazione in relazione alle circostanze in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato, quali:
- g) relazione del medico curante oppure, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
 - h) in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio, copia di un articolo di giornale (se disponibile) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti.

SEZIONE B - ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (Garanzia attiva per tutti gli Assicurati)

ART. 20 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Invalidità Totale Permanente, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art. 21 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
- la Compagnia di Assicurazione abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore dell'Assicurato dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 21 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 22 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 21 - INDENNIZZO L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve alla Contraente:

- nel caso di Infortunio, alla data del Sinistro che ha generato l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio,
 - nel caso di Malattia, alla data della denuncia della Malattia che ha determinato l'Invalidità Totale Permanente da Malattia,
- così come calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del Contratto di Finanziamento, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e spese accessorie. Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'Infortunio o la data della diagnosi della Malattia che hanno provocato l'Invalidità Totale Permanente e la data di liquidazione del relativo Indennizzo, saranno rimborsati dalla Compagnia di Assicurazione fino ad un massimo di 2 mesi di interessi. 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.

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 35.000,00 per Assicurato, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento che siano pendenti, tra l'Assicurato e la Contraente, alla data del Sinistro.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 22 - ESCLUSIONI Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causata da:

- 1) invalidità preesistenti, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di decorrenza;
- 2) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- 3) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 4) incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- 5) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- 6) partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- 7) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- 8) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- 9) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 10) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 11) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 12) 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, ecc.);
- 13) effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- 14) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- 15) connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- 16) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- 17) malattie tropicali;
- 18) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio;
- 19) nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti all'Art.3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART. 23 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare al modulo, del precedente Art. 10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- notifica di Invalidità Totale Permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.); in difetto di relazione, del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente, il relativo grado e la causa della stessa;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia di Assicurazione potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

ART. 24 - CONTROVERSIE Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia di Assicurazione insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE C - ASSICURAZIONE PER INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (Garanzia attiva per i Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)

ART. 25 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art.26 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 27 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 26 - INDENNIZZO L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.

L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia di Assicurazione è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 27 - ESCLUSIONI Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Inabilità Temporanea Totale se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore. Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:

- 1) Conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data di decorrenza e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- 2) Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;
- 3) Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- 4) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 5) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 6) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 7) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- 8) Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 9) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
- 10) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le 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 efficacia della Copertura;
- 11) qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- 12) le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- 13) mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- 14) nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art.3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART. 28 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

ART. 29 - DENUNCE SUCCESSIVE Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.

ART. 30 - CONTROVERSIE Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia di Assicurazione insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Temporanea Totale, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE D - ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO (Garanzia attiva per i Non Lavoratori)

ART. 31 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art.32 "INDENNIZZO" qualora:

- il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI"

ART. 32 - INDENNIZZO L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Ricovero e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento. L'Indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 7 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia di Assicurazione è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Ricovero è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 33 - ESCLUSIONI La garanzia Ricovero Ospedaliero non è inoltre operante nei seguenti casi:

- 1) 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;
- 2) 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;
- 3) 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);
- 4) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- 5) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 6) contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- 7) dolo dell'Assicurato;
- 8) 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;
- 9) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili.
- 10) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- 11) alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 12) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- 13) cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- 14) trasformazioni od assestamento energetici dell'atomo;
- 15) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

ART. 34 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- 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 Contratto di Finanziamento;
- Copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- Attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore.

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

ART. 35 - DENUNCE SUCCESSIVE Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 36 - CONTROVERSIE Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia di Assicurazione insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE E - ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (Garanzia attiva per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

ART. 37 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Disoccupazione, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art. 38 "INDENNIZZO" qualora:

- si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della Copertura nei termini di cui al precedente Art. 4 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24:00 della data termine del Periodo di Carenza di 90 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 39 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 38 - INDENNIZZO L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale e di interessi, dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento. L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 90 giorni consecutivi di Disoccupazione dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia di Assicurazione è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Disoccupazione è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 39 - ESCLUSIONI Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Disoccupazione se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Lavoratore dipendente di Ente Pubblico. Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Disoccupazione se:

- 1) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente 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 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 2) alla Data di decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- 3) la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- 4) la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- 5) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto" (ex Co. Co.);
- 6) l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- 7) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- 8) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
- 9) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- 10) la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Temporanea Totale;
- 11) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- 12) l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART. 40 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 38 "INDENNIZZO", l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione, di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia 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 alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

ART. 41 - DENUNCE SUCCESSIVE Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualficazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia di Assicurazione in relazione a una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.

SEZIONE F - ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA ALLA PERSONA (Garanzia attiva per tutti gli Assicurati)

PREMESSA La Compagnia di Assicurazione Avipop Assicurazioni S.p.A. presta il servizio di assistenza in collaborazione con Global Assistance S.p.A. tramite la centrale Operativa di Mondial Assistance Italia S.p.A.

ART. 42 - DEFINIZIONI SPECIFICHE DI ASSISTENZA

Centrale Operativa: è la struttura di Mondial Assistance Italia Spa - Via Ampère 30 - 20131 MILANO costituita da medici, tecnici, operatori messi a disposizione dell'assicurato 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, incaricata dalla Compagnia di Assicurazione di effettuare materialmente le prestazioni di assistenza.

Famiglia: è il complesso di due o più individui viventi, legati tra loro da un vincolo collettivo, reciproco e indivisibile di coniugio.

Familiare: individuo/individui facenti parte della famiglia.

In viaggio: qualunque località ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato.

Malattia improvvisa: la malattia di acuta insorgenza che colpisca l'assicurato e non sia comunque una manifestazione, seppure improvvisa, di una patologia insorta precedentemente alla stipulazione del presente Programma Assicurativo.

Malattia preesistente: la malattia che sia la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o già esistenti al momento della decorrenza del presente Programma Assicurativo

Prestazioni (Assicurazione Assistenza): sono le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'Assicurato.

Sinistro: l'evento futuro dannoso e incerto che determina la richiesta di assistenza da parte dell'Assicurato

ART. 43 - OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE La Compagnia di Assicurazione presta il servizio di assistenza per i sinistri occorsi all'Assicurato:

- in Italia, per le prestazioni relative all'ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA, all'ASSISTENZA DOMICILIARE NON SANITARIA, al SERVIZIO CONSULENZA FAMIGLIA - in seguito ad infortunio e/o malattia;
- in Italia ed Estero, per le prestazioni relative l'ASSISTENZA MEDICA IN VIAGGIO - in seguito ad infortunio e/o malattia improvvisa.

ART. 44 - OBBLIGHI DELL' ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO In caso di sinistro l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Centrale Operativa, salvo il caso di comprovata impossibilità; in tal caso l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa appena ne ha la possibilità e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale. L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza del diritto alla prestazione.

ART. 45 - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

1) ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

1a) Consulenza medica Quando l'assicurato per fronteggiare la prima emergenza sanitaria necessitasse di una consulenza medica telefonica, potrà contattare il servizio medico della Centrale Operativa. Detta prestazione verrà fornita 24 ore su 24.

1b) Invio medico a domicilio Quando l'Assicurato necessita di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi e non riesce a reperire il suo medico curante; la Centrale Operativa provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un pronto soccorso.

1c) Trasporto in ambulanza Quando, a giudizio del medico curante ed in accordo con la Guardia Medica della Centrale Operativa, l'Assicurato necessita di un trasporto in ambulanza, la Centrale Operativa organizza e tiene a proprio carico l'invio di un'ambulanza per il trasporto dell'Assicurato al più vicino ospedale per le cure del caso, o effettua il rimborso delle spese sostenute dallo stesso a fronte di autorizzazione preventiva della Centrale Operativa e presentazione di regolari giustificativi. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i costi fino ad un massimale di Euro 360,00 per anno, con un massimo di Euro 130,00 per sinistro.

1d) Invio di un infermiere In caso di dimissione successiva ad un ricovero ospedaliero superiore a 7 giorni, l'Assicurato può richiedere l'invio di un infermiere entro i successivi 15 giorni dalle dimissioni. La Centrale Operativa provvede all'invio gratuito dell'infermiere al domicilio dell'Assicurato fino al raggiungimento del massimale previsto di Euro 750,00 per anno di durata del presente Programma Assicurativo.

1e) Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo a domicilio In caso di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare per infortuni e/o malattia improvvisa l'Assicurato può richiedere, in accordo con il suo medico curante e con la Centrale Operativa l'invio di un fisioterapista per cure fisioterapiche a domicilio. Tale prestazione viene erogata entro il massimale di Euro 750,00 per anno di durata del presente Programma Assicurativo.

2) ASSISTENZA DOMICILIARE NON SANITARIA

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, subisca un ricovero in istituto di cura superiore a 3 giorni oppure risulti da certificato medico temporaneamente incapace a svolgere le proprie occupazioni professionali o, in assenza di occupazione professionale, le proprie normali attività quotidiane per un periodo continuativo di almeno 7 giorni, verranno prestati i seguenti servizi di assistenza domiciliare:

2a) Reperimento e invio di una collaboratrice familiare Qualora l'Assicurato sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro e per anno assicurativo. Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la collaboratrice familiare inviata dalla Centrale Operativa, alle condizioni di favore concordate con la Centrale stessa.

2b) Reperimento e invio di una baby sitter al domicilio Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad accudire il bambino minore di 13 anni, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali,

sostenendone l'onorario fino a concorrenza di Euro 250,00 per sinistro. Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la baby sitter inviata dalla Centrale Operativa, alle condizioni di favore concordate con la Centrale stessa.

2c) Disbrigo pagamento utenze domiciliari Qualora l'Assicurato necessiti di svolgere incombenze connesse con la vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali o disbrigo di altre incombenze amministrative, e non sia in grado di provvedervi autonomamente, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, organizza i servizi richiesti, sostenendone le spese fino a 9 ore per ogni sinistro. Restano a carico dell'Assicurato gli importi da pagare per le utenze domiciliari.

2d) Sistemazione per gli animali domestici In caso di necessità e in base alla disponibilità locale, la Centrale Operativa organizzerà la sistemazione di cani di piccola/media taglia e gatti in una pensione per animali, sostenendone le spese fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro. Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la pensione stessa, alle condizioni di favore concordate con la Centrale Operativa. Ulteriori costi che non rientrano nella sistemazione degli animali, come ad esempio la cura di malattie oppure altre particolari richieste, restano in ogni caso a carico dell'Assicurato.

3) ASSISTENZA MEDICA IN VIAGGIO

3a) Consulenza medica telefonica Quando è necessario valutare lo stato di salute dell'Assicurato per decidere quale è l'intervento più opportuno da effettuare in suo favore, la Centrale Operativa tramite collegamento telefonico effettuato dalla Guardia Medica, è sempre a disposizione dell'Assicurato per fornire, sulla base delle informazioni ricevute, suggerimenti di carattere medico sanitario. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.

3b) Invio di un medico in casi di urgenza Quando l'Assicurato in viaggio necessita di una visita medica a causa di una malattia grave o infortunio improvviso la Centrale Operativa provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, ad inviare un Medico convenzionato presso l'abitazione temporanea dell'Assicurato anche nelle ore diurne e giorni feriali. In caso di irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, La Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un ospedale per le cure del caso. Tali prestazioni, nel territorio italiano, vengono erogate quando non sia reperibile il Medico curante dell'Assicurato.

3c) Rientro sanitario Qualora le condizioni mediche dell'Assicurato in viaggio, accertate dalla Guardia Medica della Centrale Operativa dopo consulto con il medico curante sul posto, dovessero richiederne il trasporto fino al più vicino istituto di cura attrezzato ed accessibile o al suo domicilio, la Centrale Operativa provvederà, con spese interamente a proprio carico, ad organizzarne il trasporto con il mezzo e nei tempi ritenuti più idonei. I mezzi più idonei che la Centrale Operativa metterà a disposizione, secondo le situazioni, potranno essere:

- aereo di linea (se necessario con posto barellato)
- treno (se necessario in vagone letto)
- autoambulanza

Il rimpatrio da Paesi Extraeuropei, esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aerei di linea.

Qualora i medici della Centrale Operativa lo ritenessero necessario, potranno disporre di far accompagnare l'Assicurato, durante la fase di trasporto, da personale medico o infermieristico e la Compagnia di Assicurazione terrà a proprio carico tutti i relativi costi. La Centrale Operativa avrà il diritto di richiedere all'Assicurato l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato. In caso di decesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia entro il massimale di Euro 3.000,00 per Assicurato ed evento. Per importi superiori la Centrale Operativa interverrà subito dopo aver ricevuto in Italia adeguate garanzie. Il trasporto sanitario dell'Assicurato non verrà effettuato altresì nei seguenti casi:

- malattie e/o infortuni che i medici della Centrale Operativa ritengano possano essere curati sul posto o che non ne impediscano la prosecuzione del viaggio;
- malattia infettiva allorché la stessa implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivono volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

3d) Rientro di un familiare in viaggio Quando, in caso di infortunio e/o malattia improvvisa, l'Assicurato deve essere rimpatriato in Italia, la Centrale Operativa provvede, a proprie spese, al rientro al domicilio di un familiare con lui in viaggio. La Centrale Operativa ha la facoltà ed il diritto di richiedere all'Assicurato l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato. La Centrale Operativa tiene inoltre a proprio carico le spese di pernottamento sul posto del familiare in attesa di organizzare il rientro al domicilio, fino ad un ammontare di Euro 70,00 per giorno per un massimo di tre giorni.

3e) Viaggio di un familiare In caso di ricovero dell'Assicurato superiore a 10 giorni, od in caso di suo decesso, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1A classe) per recarsi sul posto.

3f) Accompagnamento minori anni 15 Quando, in caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 48 ore, o di suo decesso, eventuali minori di anni 15 rimangono senza accompagnatore, la Centrale Operativa provvede, a proprie spese, al loro rimpatrio mettendo a disposizione un accompagnatore.

3g) Invio di medicinali urgenti all'estero Quando i medicinali regolarmente prescritti all'Assicurato e commercializzati in Italia, non sono reperibili in loco e, a giudizio dei medici della Centrale Operativa non vi sono specialità medicinali equivalenti nel Paese straniero in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invia i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. L'Assicurato dovrà produrre opportuna garanzia pecuniaria per il solo costo del farmaco mentre le spese di ricerca e invio rimangono a carico della Centrale Operativa.

3h) Rientro anticipato Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, deve rientrare immediatamente al proprio domicilio a seguito di gravi motivi familiari (come ad esempio il decesso o il ricovero ospedaliero, per gravi patologie, di un familiare od affine entro il 2° grado), la Centrale Operativa ne organizza il rientro, tenendo a proprio carico le spese di viaggio fino alla concorrenza del massimale di Euro 500,00 per evento e per anno assicurativo.

3i) Segnalazione di un medico specialista all'estero Quando in seguito ad utilizzo della prestazione "Consulenza medica telefonica", emerge la necessità che l'Assicurato si sottoponga ad una visita specialistica, la Centrale Operativa, segnala il medico più vicino al luogo in cui si trova l'Assicurato compatibilmente con le disponibilità locali.

3l) Collegamento continuo con l'ospedale Quando l'Assicurato in viaggio è ricoverato in ospedale o casa di cura, la Centrale Operativa, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunica ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate. Tale garanzia è operante nel rispetto della normativa 675/96, pertanto l'Assicurato dovrà fornire, quando possibile, una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

3m) Interprete a disposizione Quando l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero, trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa mette a disposizione un interprete, tramite la propria Centrale telefonica o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto. I costi dell'interprete rimangono a carico della Centrale Operativa per un massimo di 8 ore lavorative.

3n) Informazioni turistiche Qualora l'Assicurato desiderasse ricevere informazioni turistiche per il suo viaggio potrà contattare la Centrale Operativa che fornirà telefonicamente le informazioni richieste. La prestazione viene fornita 24 ore su 24.

3o) Autista a disposizione Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato subisca lesioni tali da rendergli impossibile guidare il proprio veicolo e nessuno degli eventuali passeggeri fosse in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Centrale Operativa metterà a disposizione un autista per

ricondere il veicolo ed eventuali passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato e terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un importo massimo di Euro 200,00. Sono escluse dalla prestazione le spese di carburante e di pedaggio.

3p) Ricerca di familiari in viaggio in Italia Quando l'Assicurato è impossibilitato a contattare un suo familiare in viaggio; la Centrale Operativa una volta fornite dall'Assicurato le informazioni necessarie, provvede, nei limiti del possibile, a rintracciare il destinatario e a metterlo in contatto con l'Assicurato.

3q) Trasmissione messaggi urgenti in viaggio Quando l'Assicurato deve comunicare con un proprio familiare in Italia ed è impossibilitato a farlo, la Centrale Operativa, nei limiti del possibile, effettua 4 telefonate nell'arco delle 12 ore successive per comunicare il messaggio alla persona indicata dall'Assicurato. Analogamente può essere utilizzato il servizio per messaggi indirizzati all'Assicurato.

3r) Anticipi spese Prima necessità Quando l'Assicurato in viaggio, a seguito di furto o smarrimento della carta di credito, necessita di denaro per far fronte ad impegni urgenti, la Centrale Operativa provvede a far avere all'Assicurato una somma di denaro con un massimo di Euro 5.000,00 previa opportuna garanzia bancaria.

4) SERVIZIO CONSULENZA FAMIGLIA

4a) Informazioni medico sanitarie La Centrale Operativa mette a disposizione la propria Équipe Medica per fornire consulenze ed informazioni utili alle persone che stanno per intraprendere un viaggio in un paese tropicale o comunque definito a rischio dal punto di vista sanitario:

- Vaccinazioni e profilassi;
- Consigli igienico-sanitari e norme da adottare durante un viaggio;
- Segnalazione di medici o Centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia sia in Italia che all'estero.

Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.

4b) Informazioni burocratiche Qualora l'assicurato desideri avere informazioni burocratiche relative a:

- Certificati: cittadinanza, matrimonio, morte, nascita, penale, residenza, stato di famiglia, ecc.
- Documenti Personali: carta d'identità, codice fiscale, libretto di lavoro, libretto di pensione, passaporto, patente di guida.
- Varie: carta di circolazione, revisione auto, ecc.
- Rilascio e variazioni dei suddetti documenti

telefonando alla Centrale Operativa potrà ricevere le informazioni desiderate.

4c) Informazioni turistiche Qualora l'Assicurato desideri effettuare prenotazioni di biglietti aerei, treni, traghetti, alberghi o semplicemente conoscere le offerte last minute per destinazioni turistiche di suo interesse, attraverso la Centrale Operativa verrà messo in contatto con un centro servizi primario operante nel settore del turismo, in grado di offrire i servizi richiesti a tariffe vantaggiose. La Centrale Operativa, attraverso la propria banca dati, è in grado di fornire informazioni sulla disponibilità di alberghi, campeggi e spiagge dove vi sia libero accesso per cani e gatti, per gli assicurati che non desiderano separarsi dal proprio animale nel periodo delle vacanze. Inoltre la Centrale Operativa può informare l'Assicurato delle normative che regolano il trasporto nazionale ed internazionale dell'animale. I costi relativi ai biglietti, soggiorni, prenotazioni presso alberghi, prenotazioni viaggi last minute e non, sono interamente a carico dell'Assicurato che provvederà a regolarli con il centro servizi che risponde direttamente per i servizi offerti. L'assicurato su richiesta potrà usufruire di un servizio accessorio di consegna dei titoli di viaggio, dei documenti di soggiorno e brochure per alberghi. Il servizio accessorio è a pagamento e i costi verranno comunicati anticipatamente.

4d) Informazioni legali Qualora l'Assicurato desideri avere informazioni legali relative a:

- *Famiglia*: adozione, affidamento, comunione dei beni, divorzio, eredità, interdizione, matrimonio, paternità / maternità, separazione dei beni, separazione personale, successione, testamento, tutela;
- *Casa*: compravendita appartamenti, compravendita beni e servizi, condominio, equo canone, lavoro domestico;

telefonando alla Centrale Operativa potrà ricevere le informazioni desiderate.

La Centrale Operativa non fornirà pareri o valutazioni su quesiti che riguardano procedure legali già affidate dall'Assicurato a un proprio legale.

ART. 46 - ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo per ogni anno di validità del presente Programma Assicurativo.

2. La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero nel corso di ciascun anno di validità del presente Programma Assicurativo è di 60 giorni.

3. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio;
- d) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- e) malattie nervose e mentali; malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il 6° mese e dal puerperio; malattie già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti) ed insorte anteriormente alla stipulazione della polizza; malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- f) l'espianto e/o il trapianto di organi.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

4. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Centrale Operativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.

5. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Compagnia di Assicurazione non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

6. La Centrale Operativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

7. Ogni diritto nei confronti della Compagnia di Assicurazione si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C..

8. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.

9. Il diritto alle assistenze fornite dalla Compagnia di Assicurazione decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro.

ART. 47 - MODALITA' PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA Dovunque si trovi in Italia ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al **Numero Verde:**

800 312 629

L'Assicurato da qualunque **Paese estero** dovrà utilizzare il seguente numero telefonico preceduto dal prefisso internazionale per l'Italia:

02 26 609 127

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome
3. Numero di polizza
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Centrale Operativa.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei relativi giustificativi, fatture, ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

INFORMATIVA PRIVACY E INFORMATIVA SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

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

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

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MODALITA' D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela. I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Le Compagnie di Assicurazione utilizzano le medesime modalità anche quando comunicano, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto delle Compagnie di Assicurazione, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "Incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo AVIVA o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto delle Compagnie di Assicurazione (legali, medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti. In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, le Compagnie di Assicurazione precisano infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i loro dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

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

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

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

ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la ridistribuzione del rischio. Le Compagnie di Assicurazione informano, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

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

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

Servizio Privacy - AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano (il cui Direttore Generale pro-tempore è responsabile del trattamento dei dati personali per l'Area Industriale)

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

Avipop Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Aviva

Aviva Previdenza S.p.A.
Gruppo Aviva

Copertura Assicurativa Creditor Protection abbinata alla Linea di Credito Revolving (di seguito Conto Revolving) e/o alla Carta di Credito

Condizioni Generali di Assicurazione

Avipop Assicurazioni S.p.A. - Aviva Previdenza S.p.A. - Ducato S.p.A.

Gennaio 2008

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALL'ASSICURATO

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 2603 stipulata tra BIPITALIA DUCATO S.p.A. e AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. e della Polizza Collettiva n° 210.664 stipulata tra BIPITALIA DUCATO S.p.A. e AVIVA PREVIDENZA S.p.A. sono depositati presso le sedi di tutte le Società anzidette.

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: il soggetto persona fisica che abbia stipulato un Contratto di linea di credito revolving (di seguito Conto Revolving) e/o di carta di credito e che abbia aderito al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposita Dichiarazione di Adesione.

Beneficiario: la Contraente che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione quando si verifica il sinistro.

Carenza: periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, le Compagnie di Assicurazione non corrispondono la prestazione assicurata.

Compagnia di Assicurazione: Per le coperture danni (Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego): Avipop Assicurazioni S.p.A. - Compagnia del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP N. 2388 del 9 novembre 2005 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01979370036.

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

Contraente: Bipitalia Ducato S.p.A. - 55100 Lucca, Via Carlo Angeloni n. 45 - che stipula i contratti collettivi di assicurazione con le Compagnie di Assicurazione, per conto degli Assicurati.

Copertura Assicurativa: la garanzia assicurativa concessa dalle Compagnie di Assicurazione e generata dal versamento del Premio, a fronte della quale le Compagnie di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Debito residuo: per il Conto Revolving corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito corrisponde al saldo della carta.

Decorrenza: le coperture assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di adesione successiva, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di adesione.

Disoccupazione: lo stato dell'Assicurato, Lavoratore Dipendente, qualora egli:

- abbia cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia, o nelle liste di mobilità regionali o percepisca un'indennità derivante da Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Ente Privato: ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico: ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

Inabilità Temporanea Totale (ITT): la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa, a seguito di Infortunio o Malattia.

Indennizzo: la somma dovuta dalle Compagnie di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza, a seguito del verificarsi di un sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, alla riduzione o all'estinzione del debito residuo del Contratto di Credito Revolving e/o di Carta di Credito.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- gli infortuni subiti in stato di male o di incoscienza.

Invalidità Permanente Totale (IPT): 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 66% 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.

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 (così come indicata nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (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, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto di Conto Revolving e/o di Carta di Credito le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi).

Lavoratore Dipendente: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 47, 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).

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Morte: decesso dell'Assicurato avvenuto per qualunque causa.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

Normale Attività Lavorativa: l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Perdita Involontaria d'Impiego (PII): la perdita da parte dell'Assicurato dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendente quindi dalla sua volontà o colpa, che generi lo stato di Disoccupazione.

Periodo di Franchigia: periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, per Perdita di Impiego oppure per Ricovero Ospedaliero, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

Periodo di Riqualificazione: un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Totale Temporanea, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita d'Impiego o Inabilità Totale Temporanea.

Polizza: la Polizza Collettiva di cui alle Convenzioni n. 2603 e n. 210.664, stipulate da Bipitalia Ducato S.p.A., rispettivamente con Avipop Assicurazioni S.p.A. e Aviva Previdenza S.p.A. disciplinata dalle seguenti Condizioni Contrattuali a cui abbia aderito l'Assicurato, sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo.

Premio: le somme dovute alle Compagnie di Assicurazione, per l'intera durata del Programma Assicurativo, a fronte delle coperture assicurative prestate. Il premio viene pagato mensilmente.

Programma Assicurativo: l'insieme delle coperture assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione.

Pubblica Amministrazione: ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale.

Rata di rimborso mensile: per il Conto Revolving, la rata impostata dal Titolare, che in ogni caso non potrà mai essere inferiore all'1% del fido del Conto; per la Carta di Credito, la rata impostata dal Titolare, che in ogni caso non potrà mai essere inferiore al 2,5% del fido della Carta.

Ricovero Ospedaliero (RO): la degenza ininterrotta e con pernottamento in un Istituto di Cura 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.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

ART. 1 - GARANZIE Il presente Programma Assicurativo di cui alle Polizze Collettive stipulate tra BIPITALIA DUCATO SpA e le Compagnie di Assicurazione comprende le garanzie:

- Morte (in seguito definita D), per tutti gli Assicurati prestata, da Aviva Previdenza S.p.A.;
- Invalidità Permanente Totale (in seguito definita IPT), per tutti gli Assicurati, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero (in seguito definita RO), solo per chi non esercita alcuna attività lavorativa, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro (in seguito definita ITT), solo per i lavoratori autonomi, dipendenti del settore pubblico o atipici assunti con le forme contrattuali previste dalla Legge Biagi, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Perdita Involontaria d'Impiego (in seguito definita PII), solo per i lavoratori dipendenti del settore privato, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma, le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea; la garanzia Perdita Involontaria d'impiego è valida solo sul territorio dello Stato Italiano e il contratto di lavoro deve essere regolamentato dalla legge italiana.

ART. 2 - PRESTAZIONI Il Programma assicurativo prevede le seguenti prestazioni:

- Morte (D): l'Indennizzo è pari al debito residuo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito alla data del decesso;
- Invalidità Permanente Totale (IPT): l'Indennizzo è pari al debito residuo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito alla data di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente. Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data di accadimento dell'infortunio oppure, in caso di malattia, tra la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Permanente Totale, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.
- Inabilità Temporanea Totale (ITT): per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale opererà un periodo di franchigia di 60 giorni dalla data di ripresa dell'attività lavorativa; tale nuovo periodo di franchigia verrà applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.
- Perdita Involontaria d'Impiego (PII): per ciascuna rata scadente durante il periodo di inattività comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito.
- Ricovero Ospedaliero (RO): in caso di Ricovero ospedaliero perdurante oltre il Periodo di Franchigia di 7 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; un ulteriore Indennizzo, pari alla rata mensile suddetta, sarà corrisposto per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi successivi alla scadenza del Periodo di Franchigia.

ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA' Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- che abbiano stipulato un Contratto di Conto Revolving e/o di Carta di Credito
- di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di stipulazione del presente Programma Assicurativo ed alla data di scadenza originaria del Contratto di Conto Revolving e/o di Carta di Credito non abbiano ancora compiuto 75 anni;
- che abbiano sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella Dichiarazione di Adesione.

Non sono assicurabili eventuali coobbligati / garanti del Conto Revolving e/o della Carta di Credito. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dalle Compagnie di Assicurazione all'atto della adesione al Programma Assicurativo, devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute

dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo e la Data del primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito (Data di decorrenza del Programma Assicurativo), l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle Compagnie di Assicurazione prima dell'utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

Anche se non espressamente previsto dalle formalità di ammissione al Programma Assicurativo, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

ART. 4 - DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

In caso di adesione al Programma Assicurativo contestuale alla sottoscrizione del modulo di richiesta del Conto Revolving e/o della Carta di Credito, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito; in caso di adesione successiva, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di adesione. Nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso, il Programma Assicurativo decorre 30 giorni prima della scadenza della prima rata di rimborso del Conto Revolving e/o della Carta di Credito. Il Programma Assicurativo rimane in vigore a condizione che la linea di Credito Revolving sia attiva, la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato. Il Programma Assicurativo termina in ogni caso:

- al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- al pagamento di una prestazione da parte della Compagnia di Assicurazione nell'ambito della garanzia Morte o della garanzia Invalidità Permanente Totale;
- in caso di disdetta dell'Assicurato del Contratto di Conto Revolving e/o di Carta di Credito da comunicarsi a mezzo di lettera raccomandata A/R alla Contraente;
- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato;
- in caso di mancato pagamento del premio assicurativo.

ART. 5 - DIRITTO DI RECESSO L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo entro 30 giorni dalla data di decorrenza del medesimo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Contraente. L'eventuale premio pagato verrà rimborsato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, all'Assicurato per il tramite della Contraente.

ART. 6 - LIMITI DI INDENNIZZO La prestazione assicurata massima è pari al debito residuo massimo garantito di Euro 35.000,00 per il Conto Revolving e di Euro 5.000,00 per la Carta di Credito (che corrisponde anche al debito residuo massimo considerato come base di determinazione della rata di rimborso mensile) qualunque sia il numero dei conti revolving e/o delle carte di credito di cui l'Assicurato è titolare. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dall'ambito della prestazione pagabile. Non sono coperte le somme corrispondenti agli eventuali utilizzi del Conto Revolving e/o della Carta di Credito durante l'Inabilità Temporanea Totale o la Perdita Involontaria d'Impiego o il Ricovero Ospedaliero e tra l'inizio dell'Inabilità Temporanea Totale e l'eventuale successiva Morte oppure il riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale.

ART. 7 - PREMIO ASSICURATIVO Le coperture assicurative sono garantite previo pagamento alle Compagnie di Assicurazione di premi periodici mensili a carico dell'Assicurato. L'importo totale del premio periodico mensile è pari alla somma del premio per la copertura morte e del premio per le coperture danni e viene calcolato applicando i seguenti tassi all'importo debito residuo dovuto dall'Assicurato:

CARTA DI CREDITO	TASSO % lordo	CONTO REVOLVING	TASSO % lordo
Copertura morte	0,21%	Copertura morte	0,171%
Coperture Danni (IPT - ITT - RO - PII)	0,125%	Coperture Danni (IPT - ITT - RO - PII)	0,055% (*)

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

Il premio, una volta calcolato, viene incluso nella rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e riscosso dalla Contraente come parte integrante della rata di rimborso mensile. L'addebito dei premi periodici mensili viene effettuato sul conto corrente dell'Assicurato il 5 del mese successivo alla data di decorrenza del Programma Assicurativo.

ART. 8 - SOSPENSIONE PAGAMENTO PREMI DOVUTI In caso di mancato pagamento del premio dovuto a copertura del debito residuo e calcolato in base a quanto previsto all'Art. 7 "PREMIO ASSICURATIVO", il Programma Assicurativo perde automaticamente efficacia dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento e non è successivamente riattivabile.

In caso di mancato pagamento del premio in assenza del debito residuo, il Programma Assicurativo non perde efficacia.

ART. 9 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

- Morte: il beneficio della prestazione assicurata spetta alla Contraente che potrà utilizzare l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre il debito residuo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito. Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione degli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.
- Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego: l'Indennizzo sarà corrisposto alla Contraente, che opera in qualità di mandatario di pagamento dell'Assicurato; la Contraente terrà indenne la Compagnia di Assicurazione da ogni pretesa avanzata in relazione alla Copertura Assicurativa. La Contraente potrà utilizzare l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre il debito residuo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito e, qualora tale importo fosse superiore al debito residuo restituirà l'eccedenza all'Assicurato.

ART. 10 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI In caso di Sinistro, l'Assicurato o gli aventi diritto deve compilare gli appositi moduli reperibili presso la Contraente o presso il numero verde e inviarli all'indirizzo e secondo le modalità ivi riportate, con allegata la documentazione richiesta. Inoltre:

- per informazioni relative ai Sinistri relativa alla Garanzia Morte (D) gli aventi diritto devono rivolgersi al **Numero Verde**

800 113 085

- per informazioni relative ai Sinistri Danni (IPT, ITT, RO, PII) l'Assicurato deve rivolgersi al **Numero Verde 800 528 999**, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 17:00.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta utilizzando i moduli prestampati forniti, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel modulo di denuncia. La Compagnia di Assicurazione ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro. La Compagnia di Assicurazione si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti o perizie mediche per verificare la fondatezza delle informazioni alla stessa comunicate. La Compagnia di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite in unica soluzione entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa richiesta comprovante il sinistro.

ART. 11 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Credito Revolving

e/o di Carta di Credito - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e, se richiesto, a fornire ai clienti copia della Dichiarazione di Adesione e delle Condizioni Contrattuali applicabili all'Assicurato. Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà. La Contraente terrà indenne e manlevate le Compagnie di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

ART. 12 - LEGGE APPLICABILE La Legge applicabile è quella italiana.

ART. 13 - COMUNICAZIONI Tutte le comunicazioni inviate alle Compagnie di Assicurazione dell'Assicurato con riferimento alle Convenzioni dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte delle Compagnie di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio indicato alla Contraente o a quello successivamente comunicato, a pena di inopponibilità, dall'Assicurato.

ART. 14 - RECLAMI Eventuali reclami inerenti il Programma Assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a:

Per le Coperture Danni (IPT-TT-RO- PII):

Avipop Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano (Italia)

n. di fax 02 2775245 - Indirizzo e-mail: cureclami@avivaitalia.it

Per la Copertura Morte (D):

AVIVA Previdenza S.p.A. - Servizio Reclami - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano (Italia)

n. di fax 02 2775245 - Indirizzo e-mail: cureclami@avivaitalia.it

Specificando in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati. 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:

I.S.V.A.P. - Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo

Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA (Italia) - tel. 06/421331 - fax 06/42133545.206

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia di Assicurazione.

ART. 15 - 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. 16 - FORO COMPETENTE Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo della Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere diritti derivanti dal contratto.

SEZIONE A - ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE (Garanzia prevista per tutti gli Assicurati)

ART. 17 - PRESTAZIONI ASSICURATE Il presente Programma Assicurativo prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della copertura assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia di Assicurazione di un importo commisurato al debito residuo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito alla data del decesso, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 18 "ESCLUSIONI". La prestazione assicurata non potrà superare l'importo di Euro 35.000,00 per il Conto Revolving e l'importo di Euro 5.000,00 per la Carta di Credito.

Per il Conto Revolving il debito residuo corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito il debito residuo corrisponde al saldo della carta.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione alla Contraente, qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione degli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Programma Assicurativo, non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia di Assicurazione ed i premi versati resteranno acquisiti da quest'ultima.

ART. 18 - ESCLUSIONI Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 17 "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:

- a) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, risse tranne per il caso di legittima difesa, atti di terrorismo e sabotaggio;
- b) 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 pilota o membro dell'equipaggio;
- c) suicidio che avvenga nei primi due anni dalla data di decorrenza della copertura;
- d) uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati d'alcolismo acuto o cronico;
- e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- f) seguiti e conseguenze di infortuni già verificatisi e, solo per le garanzie prestate senza visita medica, malattie già in essere alla data di effetto della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione;
- g) pratica di attività sportive professionistiche;
- h) pratica del paracadutismo o di sports aerei in genere;
- i) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altre patologie ad essa collegate.

Inoltre, se si verifica in un luogo uno stato di guerra o sommosse popolari ed eventi simili durante il soggiorno dell'Assicurato, quest'ultimo è coperto per dieci giorni dall'ordine di evacuazione emanato dalle Autorità Italiane, salvo che la permanenza non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano. L'esistenza di una situazione di guerra e simili in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, implica l'esclusione totale della copertura assicurativa.

ART. 19 - DENUNCIA DI SINISTRO In caso di decesso dell'Assicurato l'avente causa dovrà denunciare il sinistro nel più breve tempo possibile per iscritto a Aviva Previdenza S.p.A. Ufficio Liquidazioni, V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano, allegando al modulo, di cui al precedente Art. 10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- a) modulo di denuncia del sinistro;
- b) Dichiarazione di adesione al Programma Assicurativo;
- c) copia del contratto del Conto Revolving e/o della Carta di Credito;
- d) evidenza della situazione del debito residuo in capo alla Contraente alla data del decesso dell'Assicurato comunicata dalla Contraente;
- e) certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- f) certificato medico attestante la causa patologica del decesso dell'Assicurato ed eventuali pregressi fatti morbosi ad essa connessi;

Pertanto, in presenza di particolari esigenze istruttorie ed al fine di integrare le risultanze già acquisite, la Compagnia di Assicurazione si riserva di richiedere ulteriore documentazione in relazione alle circostanze in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato, quali:

- g) relazione del medico curante oppure, se vi è stato ricovero in ospedale,
- h) copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- i) in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio, copia di un articolo di giornale (se disponibile) che riporti le circostanze dell'accaduto e - appena possibile - copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti.

SEZIONE B - ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (Garanzia attiva per tutti gli Assicurati)

ART. 20 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Invalidità Totale Permanente, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art. 21 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
- la Compagnia di Assicurazione abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore dell'Assicurato dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 21 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 22 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 21 - INDENNIZZO L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui al presente Programma Assicurativo, consiste in un importo pari al debito residuo che l'Assicurato deve alla Contraente:

- nel caso di Infortunio, alla data del Sinistro che ha generato l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio,
- nel caso di Malattia, alla data della denuncia della Malattia che ha determinato l'Invalidità Totale Permanente da Malattia.

Per il Conto Revolving il debito residuo corrisponde al saldo del Conto Revolving; per le Carte di Credito il debito residuo corrisponde al saldo della carta. Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'Infortunio o la data della diagnosi della Malattia che hanno provocato l'Invalidità Totale Permanente e la data di liquidazione del relativo Indennizzo, saranno rimborsati dalla Compagnia di Assicurazione fino ad un massimo di 2 mesi di interessi. 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 non potrà superare l'importo di Euro 35.000,00 per il Conto Revolving e l'importo di Euro 5.000,00 per la Carta di Credito. Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 22 - ESCLUSIONI Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causata da:

- 1) invalidità preesistenti, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di decorrenza;
- 2) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- 3) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 4) incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- 5) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- 6) partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- 7) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- 8) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- 9) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 10) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 11) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 12) 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, ecc.);
- 13) effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- 14) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- 15) connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- 16) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o, quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- 17) malattie tropicali;
- 18) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio;
- 19) nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti all'Art.3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 23 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare al modulo, del precedente Art. 10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- notifica di Invalidità Totale Permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.); in difetto di relazione, del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente, il relativo grado e la causa della stessa;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia di Assicurazione potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

ART. 24 - CONTROVERSIE Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia di Assicurazione insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle

conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE C - ASSICURAZIONE PER INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (Garanzia attiva per i Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)

ART. 25 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art. 26 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 27 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 26 - INDENNIZZO L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui al presente Programma Assicurativo, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito. L'Indennizzo non può eccedere 12 mensilità consecutive per ogni sinistro e 36 per tutta la durata della copertura per più sinistri. Le rate minime di rimborso da parte Cliente sono calcolate sulla base dell'1% del saldo del Conto Revolving o del 2,50% del saldo della Carta di Credito presente al primo giorno di interruzione del lavoro. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 27 - ESCLUSIONI Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Inabilità Temporanea Totale se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore. Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:

- 1) le conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data di decorrenza e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- 2) Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;
- 3) Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- 4) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 5) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 6) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 7) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- 8) Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 9) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
- 10) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le 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 efficacia della Copertura;
- 11) qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- 12) le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- 13) mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- 14) nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 28 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

ART. 29 - DENUNCE SUCCESSIVE Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione

di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 36 Indennizzi mensili.

ART. 30 - CONTROVERSIE Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia di Assicurazione insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Temporanea Totale, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE D - ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO (Garanzia attiva per i Non Lavoratori)

ART. 31 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art.32 "INDENNIZZO" qualora:

- il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI",

ART. 32 - INDENNIZZO L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Ricovero e nei limiti e alle condizioni di cui al presente Programma Assicurativo, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito. L'Indennizzo non può eccedere 12 mensilità consecutive per ogni sinistro e 36 per tutta la durata della copertura per più sinistri. Le rate minime di rimborso da parte Cliente sono calcolate sulla base dell'1% del saldo del Conto Revolving o del 2,50% del saldo della Carta di Credito presente al primo giorno di ricovero ospedaliero. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 7 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia di Assicurazione è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa. Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Ricovero è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 33 - ESCLUSIONI La garanzia Ricovero Ospedaliero non è inoltre operante nei seguenti casi :

- 1) 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;
- 2) 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;
- 3) 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);
- 4) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- 5) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 6) contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- 7) dolo dell'Assicurato;
- 8) 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;
- 9) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili.
- 10) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- 11) alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 12) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- 13) cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- 14) trasformazioni od assestamento energetici dell'atomo;
- 15) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

ART. 34 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- 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 Banca attestante l'importo della rata del finanziamento;
- Copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- Attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore.

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

ART. 35- DENUNCE SUCCESSIVE Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

ART. 36 - CONTROVERSIE Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia di Assicurazione insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere

scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE E - ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (Garanzia attiva per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

ART. 37 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Disoccupazione, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art. 38 "INDENNIZZO" qualora:

- a) si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della Copertura nei termini di cui al precedente Art. 4 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- b) la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24:00 della data termine del Periodo di Carenza di 90 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 39 "ESCLUSIONI";
- d) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 38 - INDENNIZZO L'Indennizzo che la Compagnia di Assicurazione è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Disoccupazione e nei limiti e alle condizioni di cui al presente Programma Assicurativo, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata di rimborso mensile del Conto Revolving e/o della Carta di Credito. L'Indennizzo non può eccedere 6 mensilità consecutive per ogni sinistro e 18 per tutta la durata della copertura per più sinistri.

Le rate minime di rimborso da parte Cliente sono calcolate sulla base dell'1% del saldo del Conto Revolving o del 2,50% del saldo della Carta di Credito presente al primo giorno di Disoccupazione. Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Disoccupazione dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Disoccupazione è la Contraente, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Compagnia di Assicurazione per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Conto Revolving e/o della Carta di Credito dovutogli dall'Assicurato. La Contraente metterà a disposizione dell'Assicurato le eventuali eccedenze di indennizzo rispetto al debito residuo dell'Assicurato.

ART. 39 - ESCLUSIONI Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Disoccupazione se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Lavoratore dipendente di Ente Pubblico. Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Disoccupazione se:

- 1) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente 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 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 2) alla Data di decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- 3) la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- 4) la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- 5) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto" (ex Co. Co.);
- 6) l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- 7) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- 8) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
- 9) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- 10) la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Temporanea Totale;
- 11) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- 12) l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 40 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 38 "INDENNIZZO", l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art. 10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione, di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia 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 alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

ART. 41 - DENUNCE SUCCESSIVE Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia di Assicurazione in relazione a una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 18 Indennizzi mensili.

INFORMATIVA PRIVACY E INFORMATIVA SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

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

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

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MODALITA' D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità / confidenzialità, integrità, tutela. I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Le Compagnie di Assicurazione utilizzano le medesime modalità anche quando comunicano, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero. Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto delle Compagnie di Assicurazione, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "Incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo AVIVA o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto delle Compagnie di Assicurazione (legali, medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

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

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

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

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

ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la ridistribuzione del rischio. Le Compagnie di Assicurazione informano, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

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

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

Servizio Privacy - AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano (il cui Direttore Generale pro-tempore è responsabile del trattamento dei dati personali per l'Area Industriale)

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

Avipop Assicurazioni S.p.A.

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204

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



Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Capitale Sociale Euro 13.000.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano



Aviva Previdenza S.p.A.

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204

Aviva Previdenza S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



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

