

**Linea di credito Revolving**



## **POLIZZA ASSICURATIVA FACOLTATIVA CREDIT PROTECTION**

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Fac-simile Dichiarazione di Adesione deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

**INFORMAZIONE DA RENDERE ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE  
DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO  
(Art. 49 Regolamento ISVAP n. 5/2006)**

**ALLEGATO 7A - COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEGLI ASSICURATI**

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:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto consegnano all'assicurato copia del documento (Allegato n. 7B del Regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela dell'assicurato;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano all'assicurato - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informazione completa e corretta;
- c) consegnano all'assicurato copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- d) possono ricevere dall'assicurato, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
  1. 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;
  2. 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.
  3. 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 con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

**ALLEGATO 7B - INFORMAZIONI SULL'INTERMEDIARIO, SU POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE E SUGLI STRUMENTI DI TUTELA DELL'ASSICURATO**

Avvertenza: ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare all'assicurato il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela dell'assicurato. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

**PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con l'assicurato**

- a) Cognome/Nome e ruolo del soggetto che entra in contatto con l'Assicurato:.....
- b) svolge l'attività di intermediazione assicurativa per Agos Ducato S.p.A. con sede in Via Bernina, 7 – 20158 Milano, iscritta al registro degli intermediari assicurativi (RUI) in data 5 ottobre 2007, n. D000200619 Sez. D, indirizzo internet: [www.agosducato.it](http://www.agosducato.it)
- c) SOLO PER I SOGGETTI ESTERNI ISCRITTI alla SEZ. E del Registro degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi (RUI): numero e data di iscrizione nel registro .....
- d) Le imprese delle quali sono offerti i prodotti sono: Avipop Assicurazioni S.p.A. e Avipop Vita S.p.A.
- e) L'Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta è l'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private di Interesse Collettivo).
- f) **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](http://www.isvap.it)).**

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

- a) Si comunica che Banco Popolare Soc. Coop., detiene una partecipazione superiore al 10% della Società Avipop Assicurazioni S.p.A. - società che fornisce la copertura assicurativa ramo danni - e detiene direttamente una partecipazione superiore al 10% del capitale sociale di Agos Ducato S.p.A..
- b) L'intermediario ha stipulato un accordo di esclusiva in favore di Avipop Assicurazioni S.p.A. limitatamente ad alcuni canali di vendita. Per quanto concerne i canali non interessati dal suddetto accordo di esclusiva, l'assicurato può richiedere la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha rapporti d'affari e, su richiesta dell'assicurato, indicare tali imprese.

**PARTE III - Informazione sugli strumenti di tutela dell'assicurato**

- a) Agos Ducato S.p.A. ha stipulato una fidejussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al 4 per cento dei premi incassati, con un minimo di euro 15.000.
- b) ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, l'assicurato fa facoltà di inoltrare il reclamo per iscritto a : Avipop Assicurazioni S.p.A. e Avipop Vita S.p.A..
- c) L'assicurato, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'Assicuratore 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.

**CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE  
ABBINATA ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING)  
E/O CARTA DI CREDITO**

**COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE E FACOLTATIVE  
per i casi di Decesso - Invalidità Totale Permanente - Ricovero Ospedaliero -  
Inabilità Temporanea Totale al lavoro - Perdita Involontaria d'Impiego**

**IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:**

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa sulla Privacy e sulle Tecniche di Comunicazione a Distanza;
- Dichiarazione di adesione;

**DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA  
DICHIARAZIONE DI ADESIONE**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA**

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

Sede legale e sede sociale in Italia - Viale Abruzzi 94 20131 Milano - Capitale Sociale Euro 33.000.000,00 (i.v.) - deliberato e sottoscritto Euro 43.500.000,00 - R.E.A. di Milano 1797850 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 - Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 - Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002



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

Sede legale e sede sociale in Italia - Viale Abruzzi 94 20131 Milano - Capitale Sociale Euro 17.000.000,00 (i.v.) - R.E.A. di Milano 1857855 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 - Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 - Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011



## **1. NOTA INFORMATIVA**

### **CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINATA ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO**

- **Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva n. 210664**
- **Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente - Ricovero Ospedaliero - Inabilità Temporanea Totale al lavoro - Perdita Involontaria d'Impiego - Polizze Collettive n. 2603**

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

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

## **A. INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE**

### **1. INFORMAZIONI GENERALI**

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

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

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [assunzione\\_vita@avivaitalia.it](mailto:assunzione_vita@avivaitalia.it)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [liquidazioni\\_vita@avivaitalia.it](mailto:liquidazioni_vita@avivaitalia.it)

AVIPOP VITA S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/6/2009. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011.

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

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

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [assunzione\\_danni@avivaitalia.it](mailto:assunzione_danni@avivaitalia.it)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [sinistri\\_danni@avivaitalia.it](mailto:sinistri_danni@avivaitalia.it)

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

### **2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE**

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di AVIPOP VITA S.p.A. è pari a Euro 19.762.786,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 17.000.000,00 (i.v.) e le Riserve Patrimoniali a Euro 2.502.545,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione vita è pari a 427,51%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. è pari a Euro 45.637.796,00 di cui Euro 33.000.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 2.572.442,00 di Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 271,50%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

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

### **3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI**

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva operante in applicazione delle Polizze Collettive, n. 210664 e n. 2603, stipulate tra la Contraente e, rispettivamente, AVIPOP VITA S.p.A. ed AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A..

La Polizza Collettiva stipulata con AVIPOP VITA S.p.A. garantisce la Copertura in caso di Decesso dell'Assicurato, mentre la Polizza Collettiva stipulata con AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. garantisce le Coperture Danni Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego.

Le prestazioni, indicate di seguito sono operanti per tutta la Durata del Programma Assicurativo. Il Programma Assicurativo rimane in vigore a condizione che la linea di Credito Revolving sia attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi.

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

Più precisamente la Polizza Collettiva presuppone:

- un unico Contraente, un'unica Polizza Collettiva e tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Contratti di Conto Revolving e/o Carta di Credito che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – la prestazione iniziale assicurata è pari al debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito.

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

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

#### **PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO**

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, l'Impresa di Assicurazione liquida immediatamente ai Beneficiari la prestazione assicurativa pari al Debito residuo rimasto da ammortizzare all'epoca del Decesso dell'Assicurato.

La prestazione assicurativa - pari al Debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Decesso, verrà corrisposta ai Beneficiari previa comunicazione documentata della Contraente dell'importo del Debito residuo alla data di Decesso dell'Assicurato.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 26 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

**L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Sinistro (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.** In caso di Contratti di Conto Revolving e/o Carta di Credito concessi per un importo superiore al massimale di Euro 5.000,00 l'indennizzo sarà liquidato proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Decesso.

**La presente garanzia viene prestata:**

- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 27 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;**
- **fino al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.**

**L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nella Dichiarazione di adesione relative in particolare alla dichiarazione di buono stato di salute.**

#### PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, l'Impresa di Assicurazione liquida alla Contraente la prestazione assicurata pari al Debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Sinistro.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 29 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

**L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Sinistro (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.** In caso di Contratti di Conto Revolving e/o Carta di Credito concessi per un importo superiore al massimale di Euro 5.000,00 l'indennizzo sarà liquidato proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Sinistro.

**La presente garanzia viene prestata:**

- **solo in caso di Invalidità Totale e Permanente pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica;**
- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 31 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **fino al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.**

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

Capitale finanziato 7.000 €	Capitale residuo al momento dell'invalidità permanente da malattia o da infortunio 4.000 €	Franchigia di polizza Liquidazione del residuo totale in caso di postumi pari o superiori al 66%
Postumi da invalidità permanente valutati 66%	Liquidazione di 4.000 €	Invalidità 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta

#### PRESTAZIONE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero, la liquidazione mensile alla Contraente di una somma pari all'ammontare delle rate mensili del Conto Revolving e/o Carta di Credito, del Conto Revolving e/o Carta di Credito **per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.** L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro.

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



**La Copertura Assicurativa per il caso di ricovero è sottoposta:**

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

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

**La presente garanzia viene prestata:**

- **senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 40 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **fino al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.**

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

Rata mensile del finanziamento da rimborsare = 1.500 €	Durata Ricovero ospedaliero	Franchigia di 7 giorni
Ricovero ospedaliero	8 giorni	Liquidazione di una mensilità per superamento franchigia
	39 giorni senza soluzione di continuità	Liquidazione di due mensilità (30 giorni in eccesso al primo ricovero liquidabile per superamento della franchigia)
Ricovero ospedaliero	13 mesi	Indennizzo massimo di 12 rate
Ricoveri ospedalieri di diversa durata con soluzione di continuità durante il periodo della copertura assicurativa	Totale di 40 mesi	Indennizzo massimo di 12 rate per sinistro con il massimo di 36 rate per tutta la durata della polizza
Ricovero ospedaliero avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza)	Durata ricovero ininfluente	Nessuna liquidazione

**PRESTAZIONE IN CASO DI PERDITA D'IMPIEGO**

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
  - messa in mobilità;
  - cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- l'Impresa di Assicurazione liquida mensilmente alla Contraente una somma pari all'importo delle rate mensili del Conto Revolving e/o Carta di Credito **per un massimo di 6 rate mensili per Sinistro e 18 rate mensili per tutta la durata contrattuale**. L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro.

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

- **ad un Periodo di Carenza di 90 giorni;**
- **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.**

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.

**Qualora l'Impresa di Assicurazione stia corrispondendo la prestazione - pari all'importo delle rate mensili - e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente di ente privato il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente.**

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

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 43 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 45 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- fino alla data di pensionamento dell'Assicurato.

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

Dipendente privato	Rata mensile dovuta = 300 €	Franchigia assoluta di 60 gg
Perdita d'impiego per chiusura azienda	Indennizzo mensile di 300 €	indennizzo per un massimo di 6 rate per sinistro e 18 rate nell'intero periodo della polizza
Perdita d'impiego	Liquidazione della rata mensile successiva di 300 € solamente se la suddetta rata scade nel periodo di disoccupazione	Superato il periodo di franchigia, si paga la rata che scade durante il periodo di disoccupazione Ad esempio: Durata disoccupazione = 90 gg Scadenza rata = 28 di ogni mese Data sinistro = 1 luglio; Scadenza rata 28 Luglio in franchigia; Scadenza rata 28 Agosto in franchigia; Scadenza rata successiva in copertura (franchigia di 60 gg)
Perdita d'impiego per dimissioni del dipendente		Nessun indennizzo
Perdita d'impiego durante il periodo di carenza iniziale	Carenza = 90 gg	Nessun indennizzo
Cambiamento di attività lavorativa da Dipendente privato a lavoratore autonomo.	Rata mensile di 2.500 €	Nessun indennizzo di perdita d'impiego

#### PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile alla Contraente di una somma pari all'ammontare delle rate mensili del Conto Revolving e/o Carta di Credito, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa **per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale**. L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 33 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

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

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



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.

**La presente garanzia viene prestata:**

- **senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 35 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **fino al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.**

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

Rata mensile da rimborsare = 2.500 €	Rata massima mensile da liquidare = 2.000 €	Franchigia assoluta = 60 gg
Inabilità temporanea totale al lavoro	Liquidazione della rata mensile successiva di 2.000 € solamente se la suddetta rata scade nel periodo di inabilità	Superato il periodo di franchigia, si paga la rata che scade durante il periodo di inabilità. Ad esempio: Durata Inabilità temporanea = 90gg : Scadenza rata = 28 di ogni mese; Data sinistro = 1 luglio; Scadenza rata 28 Luglio in franchigia; Scadenza rata 28 Agosto in franchigia; Scadenza rata successiva in copertura
Data di inizio copertura = 1 Settembre Data della Inabilità = 15 novembre	Durata della inabilità = 30 gg	Nessun indennizzo in quanto avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza). In questo caso la durata dell'inabilità è ininfluente.

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

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

#### **5. PREMI**

La Copertura viene prestata dietro corresponsione di premi mensili da parte della Contraente, per conto dell'Assicurato. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo dei premi mensili corrisposti all'Impresa di Assicurazione.

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'importo dei premi mensili viene determinato moltiplicando il tasso per l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile.

L'addebito del primo premio mensile viene effettuato sul conto corrente dell'Assicurato il 15 del mese successivo alla data di decorrenza del Programma Assicurativo. I successivi premi mensili vengono addebitati, sul conto corrente dell'Assicurato, il 15 del mese successivo la ricorrenza mensile.

Il costo trattenuto dalle Imprese di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 62% di ciascun Premio mensile versato al netto delle imposte – dove applicabili -. La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 91,94% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio mensile di Euro 1.000,00, al lordo delle imposte, i costi trattenuti dalle Imprese di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 620,00 di cui Euro 570,00 rappresentano l'importo percepito dagli Intermediari.

In caso di disdetta del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito il Programma Assicurativo viene annullato dalla data di disdetta del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 9 "DISDETTA DEL CONTRATTO DI CONTO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO" delle Condizioni di Assicurazione.

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

### **6. COSTI**

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

##### **6.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO**

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

**COSTO PERCENTUALE:** il costo trattenuto dalle Imprese di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei Tassi di Premio è pari alla seguente percentuale:

Costo %
62%

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

Il costo è calcolato su ciascun Premio mensile versato al netto delle imposte – dove applicabili -.

\*\*\*

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte percepita dagli Intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal Contratto:

Quota-parte retrocessa agli Intermediari
91,94%

### **7. SCONTI**

**Non sono previsti sconti.**

### **8. REGIME FISCALE**

#### **8.1 IMPOSTE SUI PREMI**

I premi di Assicurazione sulla Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni mentre quelli per le Coperture Danni previste dal presente Contratto sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

## **8.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI**

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

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

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

- eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;
- eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali l'Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

## **8.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE**

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

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

## **8.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

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

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

## **8.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAABILITÀ**

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

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

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

### **9.1 DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

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.

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

## **9.2 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Le Coperture Assicurative e di conseguenza la loro accettazione da parte delle Imprese di Assicurazione sono in ogni caso subordinate alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO", presente nella Dichiarazione di Adesione.

Per maggiori dettagli relativi all'efficacia delle Coperture Assicurative si rimanda alla lettura dell'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" delle Condizioni di Assicurazione.

## **9.3 AMBITO DI APPLICAZIONE**

Può essere assicurato il soggetto coincidente con il Cliente - che abbia sottoscritto un Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito con la Contraente ed abbia aderito alle Polizze Collettive - sulla cui persona sono stipulate le Coperture.

E' assicurabile ciascuna persona fisica, che abbia un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione. Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

Gli importi massimi assicurabili sono riportati al punto 3. "PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE" che precede.

## **10. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE – SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

### **10.1 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- decesso dell'Assicurato;
- Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- in caso di disdetta del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito;
- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato;
- in caso di sospensione pagamento premi, dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" e dell'Art. 9 "DISDETTA DEL CONTRATTO DI CONTO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO" delle Condizioni di Assicurazione.

### **10.2 SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

In caso di sospensione del pagamento del premio dovuto a copertura del debito residuo, la Copertura Assicurativa perde automaticamente efficacia dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento e non è successivamente riattivabile. In caso di sospensione del pagamento del premio in assenza del debito residuo, la Copertura Assicurativa non perde efficacia.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

## **12. DIRITTO DI RECESSO**

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

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

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

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

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

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi nel corso della durata contrattuale. Si rimanda all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.

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

### **13.1 SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI**

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

**La denuncia dei Sinistri con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, deve essere effettuata utilizzando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro disponibile presso la Sede della Contraente.**

**Tale Modulo, completo della documentazione prevista, dovrà essere inoltrato alle Imprese di Assicurazione:**

- per la Copertura Morte, nel più breve tempo possibile, ad **AVIPOP VITA S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.**
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego), entro 60 giorni, ad **AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.**

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

**L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 28-32-36-41-46 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.**

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

### **13.2 PRESCRIZIONE**

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

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

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

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

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

Le Parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

## **16. RECLAMI**

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

- per la Copertura Morte: AVIPOP VITA S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano, telefax 02 2775 245, indirizzo e-mail: [reclami\\_vita@avivaitalia.it](mailto:reclami_vita@avivaitalia.it)
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano, telefax 02 2775 245, indirizzo e-mail: [cureclami@avivaitalia.it](mailto:cureclami@avivaitalia.it)

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

- *ISVAP Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21- 00187 Roma telefono 06.42.133.1.*

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

## **17. ARBITRATO**

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

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

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

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

## **19. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE**

Le comunicazioni dell'Assicurato possono essere fatte pervenire, oltre che direttamente all'Impresa di Assicurazione mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a:

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

anche alla Contraente presso cui è appoggiato il Contratto di Assicurazione.

## **20. CONFLITTO DI INTERESSI**

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

AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. è partecipata al 50,001% da Aviva Italia Holding S.p.A. ed al 49,99% da Holding di Partecipazioni Finanziarie Banco Popolare S.p.A.

Il prodotto viene distribuito da AGOS-DUCATO S.p.A., Società partecipata dal Gruppo Banco Popolare, pertanto esiste conflitto di interessi.

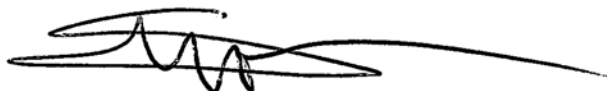


Le Imprese di Assicurazione, operano in ogni circostanza in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegnano ad ottenere per gli Assicurati il miglior risultato possibile.

\* \* \* \*

***AVIPOP VITA S.p.A. ed AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.***

**Il rappresentante legale  
Stefano Longo**

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Data ultimo aggiornamento: 15 novembre 2010

## **2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

**I testi integrali della Polizza Collettiva n° 2603 stipulata tra AGOS-DUCATO S.p.A. e AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. e della Polizza Collettiva n° 210664 stipulata tra AGOS-DUCATO S.p.A. e AVIPOP VITA S.p.A. sono depositati presso le sedi di tutte le Società anzidette.**

### **ART. 1 - GARANZIE**

Il presente Programma Assicurativo, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra AGOS-DUCATO S.p.A. e le Imprese di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Morte, per tutti gli Assicurati, prestata da AVIPOP VITA S.p.A.;
- Invalidità Totale Permanente, per tutti gli Assicurati, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero, per chi non esercita alcuna attività lavorativa, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro, solo per i lavoratori autonomi e dipendenti del settore pubblico, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Perdita d'Impiego, solo per i lavoratori dipendenti del settore privato, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.

Gli obblighi delle Imprese di Assicurazione risultano esclusivamente dalle Polizze collettive, dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dalla Dichiarazione di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Imprese di Assicurazione stesse. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale italiano. La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è valida senza limiti territoriali solo se il contratto di lavoro è regolamentato dalla legge italiana.

### **ART. 2 - PRESTAZIONI**

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti prestazioni:

- Morte: l'Indennizzo è pari al debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del decesso dell'Assicurato;
- Invalidità Totale Permanente: l'Indennizzo è pari al debito residuo del Conto Revolving e/o 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 competenti diagnosi della Malattia. 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 Totale Permanente e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.
- Inabilità Temporanea Totale: 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 Carta di Credito 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 d'Impiego: 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 Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito al momento del sinistro.
- Ricovero Ospedaliero: in caso di Ricovero Ospedaliero perdurante oltre il Periodo di Franchigia di 7 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito 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.

### **ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA'**

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

1. di età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di stipulazione del presente Programma Assicurativo;
2. che abbiano sottoscritto la Dichiarazione di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella stessa;
3. che abbiano stipulato un Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito con la Contraente. L'importo massimo assicurabile è riportato all'Art. 7 "MASSIMALI" che segue.

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.

L'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa. Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente in busta chiusa ed inviati all'Impresa di Assicurazione.

### **ART. 4 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto 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 Imprese 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 primo utilizzo del Conto Revolving e/o Carta di Credito, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle Imprese di Assicurazione prima del primo utilizzo al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste. In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione è da ritenersi confermata purché il primo utilizzo del Conto Revolving e/o Carta di Credito avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione. Se la data di primo utilizzo 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. 5 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

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.

La decorrenza del Programma Assicurativo è comunicata all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

Il Programma Assicurativo rimane in vigore a condizione che la linea di Credito Revolving sia attiva o la Carta di Credito presenti un debito residuo ed il premio assicurativo risulti pagato.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- in caso di disdetta del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito;
- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Programma Assicurativo, da parte dell'Assicurato;

- in caso di sospensione pagamento premi, dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento.
- decesso dell'Assicurato;
- Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;

La garanzia Perdita d'Impiego ha termine, inoltre, alla data di pensionamento.

## **ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO**

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

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 30 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso compilando l'apposito Modulo di recesso disponibile presso la sede del Soggetto Distributore. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del Modulo di recesso, ai seguenti indirizzi:

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

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

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

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

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

Si rimanda all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" per maggiori dettagli.

## **ART. 7 - MASSIMALI**

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Sinistro. 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 di Credito.

In caso di Decesso dell'Assicurato o Invalidità Totale e Permanente l'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Sinistro sia per il Conto Revolving che per le Carte di Credito (che corrisponde anche al debito residuo massimo considerato come base di determinazione della rata di rimborso mensile) e 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.

Pertanto l'Indennizzo sarà pagato nel limite dei massimali di cui sopra da intendersi come massimali cumulativi per tutti i Contratti di Conto Revolving e/o Carta di Credito assicurati, che siano in essere tra l'Assicurato e la Contraente, alla data del Sinistro.

In caso di Contratti di Conto Revolving e/o Carta di Credito concessi per un importo superiore al massimale di Euro 5.000,00 per Sinistro l'indennizzo sarà liquidato proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del Decesso.

In caso di Inabilità Temporanea Totale - Ricovero Ospedaliero: l'Indennizzo non può eccedere 12 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata della Copertura per più sinistri. In caso di Perdita d'Impiego: l'Indennizzo non può eccedere 6 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 18 rate mensili per tutta la durata della Copertura per più sinistri.

L'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro.

## ART. 8 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alle Imprese di Assicurazione di premi mensili, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo dei premi mensili corrisposti alle Imprese di Assicurazione. 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 del primo premio mensile viene effettuato sul conto corrente dell'Assicurato il 15 del mese successivo alla data di decorrenza del Programma Assicurativo. I successivi premi mensili vengono addebitati, sul conto corrente dell'Assicurato, il 15 del mese successivo la ricorrenza mensile.

L'importo totale del premio mensile è pari alla somma del premio per la Copertura Morte e del premio per le Coperture Danni e viene determinato moltiplicando il tasso per l'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile. Di seguito i tassi di premio suddivisi per garanzia:

	CARTA DI CREDITO/ CONTO REVOLVING
COPERTURA MORTE	0,21%
COPERTURA DANNI (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale - Perdita d'Impiego - Ricovero Ospedaliero) (*)	0,125%

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

L'importo del premio da corrispondere risulta dal Modulo di richiesta di un Contratto Conto Revolving e/o Carta di Credito di cui la Dichiarazione di Adesione è parte integrante.

## SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

L'Assicurato ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi recandosi presso la sede della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento. In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

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

In caso di sospensione del pagamento dei premi:

- non è più possibile riattivare le coperture assicurative;
- le coperture assicurative si risolvono dal primo giorno successivo a quello del mancato pagamento del premio ed i premi pagati restano acquisiti dalle Imprese di Assicurazione;
- non è prevista alcuna prestazione a carico delle Imprese di Assicurazione.

In caso di sospensione del pagamento del premio in assenza del debito residuo, la Copertura Assicurativa non perde efficacia.

## ART. 9 - DISDETTA DEL CONTRATTO DI CONTO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO

In caso di disdetta del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito il Programma Assicurativo viene annullato dalla data di disdetta del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito.

I premi mensili pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

Gli Assicurati non dovranno più corrispondere i successivi premi.

## ART. 10 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario della prestazione caso morte è la Contraente.

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

Gli importi versati dalle Imprese di Assicurazione alla Contraente verranno da quest'ultima computati a credito dell'Assicurato al fine di estinguere o ridurre il suo debito.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione:

- in caso di decesso dell'Assicurato, dei suoi eredi legittimi e testamentari, salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato tramite apposita comunicazione da presentare alla Compagnia di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile;
- in caso di Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego dell'Assicurato, dell'Assicurato stesso.

#### **ART. 11 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

In caso di Sinistro l'Assicurato o gli aventi diritto devono compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile 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 relativi alla Garanzia Morte gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 113 085
- per informazioni relative ai Sinistri Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'impiego) l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800 123 776 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, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia.

Le Imprese di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Imprese di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultime.

Le Imprese di Assicurazione eseguono i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

#### **ART. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alle Imprese di Assicurazione. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art. 1915 C.C.

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

Le Imprese di Assicurazione rinunciano, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da esse effettuate in forza del presente contratto.

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

Resta convenuto che il Programma Assicurativo può cumularsi con altre assicurazioni prestate dalle Imprese di Assicurazione.

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

Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Assicurato. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.



#### **ART. 16 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO**

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e, se richiesto, a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo. Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà. La Contraente terrà indenni e manlevate le Imprese di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della stessa.

#### **ART. 17 - LEGGE APPLICABILE**

La Legge applicabile è quella italiana.

#### **ART. 18 - COMUNICAZIONI**

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

#### **ART. 19 - RECLAMI**

Eventuali reclami inerenti il Programma Assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto alle Imprese di Assicurazione:

- Per la Copertura Morte: AVIPOP VITA S.p.A. - Servizio Reclami - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano (Italia), n. di fax 02 2775245 - Indirizzo e-mail: [reclami\\_vita@avivaitalia.it](mailto:reclami_vita@avivaitalia.it)
- Per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'impiego): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Servizio Reclami - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano (Italia), n. di fax 02 2775245 - Indirizzo e-mail: [cureclami@avivaitalia.it](mailto: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

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

#### **ART. 20 - 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. 21 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE**

Le Imprese di Assicurazione rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

#### **ART. 22 - 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.

#### **ART. 23 - CLAUSOLA LIBERATORIA**

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente al Sinistro formante oggetto di questa Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato prima del Sinistro.

#### **ART. 24 - CONTROVERSIE**

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

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

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

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

#### **ART. 25 - TERMINI DI DECADENZA**

Ogni diritto nei confronti delle Imprese di Assicurazione si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C. Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Imprese di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

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

#### **ART. 26 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

Il presente Programma Assicurativo prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore del Programma Assicurativo e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata ai Beneficiari, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 27 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla data del decesso e non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Sinistro, come previsto all'Art. 7 "MASSIMALI". 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 di Credito alla data del Decesso.

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

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione ai Beneficiari come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

#### **ART. 27 - ESCLUSIONI**

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 26 "PRESTAZIONI ASSICURATE" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della copertura assicurativa. E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;

- dolo dei Beneficiari;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e, solo per le garanzie prestate senza visita medica, malattie già in essere alla data di effetto della sottoscrizione del "Modulo di Adesione";
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet [www.viaggiareassicuri.it](http://www.viaggiareassicuri.it). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

#### **ART. 28 - DENUNCIA DI SINISTRO**

In caso di decesso dell'Assicurato l'avente causa dovrà denunciare il sinistro nel più breve tempo possibile per iscritto a AVIPOP VITA S.p.A. Ufficio Liquidazioni, V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano, allegando al modulo, di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia della Dichiarazione di adesione al Programma Assicurativo comprensivo della dichiarazione di buono stato di salute;
- copia del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito;
- evidenza della situazione del debito residuo in capo all'Assicurato alla data del decesso dello stesso comunicata dall'Intermediario tramite il quale è stato acceso il Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito;
- relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del Decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative al primo ricovero subito dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso;
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico indicante la causa del decesso;

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

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

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo del Contratto Conto Revolving e/o Carta di Credito al momento del decesso la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti sopra riportati, dalla seguente documentazione:

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

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

### **ART. 29 - OGGETTO DELLA COPERTURA**

Nel caso di Invalidità Totale Permanente, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "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;
- l'Impresa di Assicurazione abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 31 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

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

### **ART. 30 - INDENNIZZO**

L'Indennizzo che l'Impresa 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 del Contratto Conto Revolving e/o Carta di Credito:

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

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 dall'Impresa 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 non potrà superare l'importo di Euro 5.000,00 per Sinistro, come previsto all'Art. 7 "MASSIMALI".

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

#### **ART. 31 - ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causata da:

- invalidità preesistenti, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di decorrenza;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 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;
- 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;
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- 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;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 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.);
- effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o ,quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- malattie tropicali;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;

- 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. 32 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

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

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

- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- evidenza della situazione del debito residuo in capo all'Assicurato alla data del decesso dello stesso comunicata dalla Contraente tramite il quale è stato acceso il Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo del Contratto Conto Revolving e/o Carta di Credito al momento della liquidazione, Beneficiario della prestazione sarà l'Assicurato.

In tal caso la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti sopra riportati, dalla seguente documentazione:

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

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

### **ART. 33 - OGGETTO DELLA COPERTURA**

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art. 34 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "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. 35 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

### **ART. 34 - INDENNIZZO**

L'Indennizzo che l'Impresa 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 prevista del Conto Revolving e/o Carta di Credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente.

I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza). 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.

L'Indennizzo non può eccedere 12 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata della copertura per più sinistri, l'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro come previsto all'Art. 7 "MASSIMALI".

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

#### **ART. 35 - ESCLUSIONI**

Nessun Indennizzo è dovuto dall'Impresa 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:

- Conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data di decorrenza e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- 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;
- 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;
- Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- 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.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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. 36 - DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI**

In caso di infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto alle Imprese di Assicurazione entro 60 giorni dall'infortunio o dall'inizio della malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C..L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito;
- 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, l'Impresa di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione. L'Assicurato deve consentire all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore alla rata mensile del Conto Revolving e/o Carta di Credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente al momento della liquidazione, Beneficiario della prestazione sarà l'Assicurato.

In tal caso la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti sopra riportati, dalla seguente documentazione:

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

#### **ART. 37 - 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 dall'Impresa 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.

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

#### **ART. 38 - OGGETTO DELLA COPERTURA**

Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà alla Contraente l'Indennizzo di cui al successivo Art. 39 "INDENNIZZO" qualora:

- il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "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. 40 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

#### **ART. 39 - INDENNIZZO**

L'Indennizzo che l'Impresa 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 del Conto Revolving e/o Carta di Credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente.

L'Indennizzo non può eccedere 12 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata della copertura per più sinistri, l'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro come previsto all'Art. 7 "MASSIMALI".

I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza).

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

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

#### **ART. 40 - ESCLUSIONI**

La garanzia Ricovero Ospedaliero non è inoltre operante nei seguenti casi:

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

#### **ART. 41 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

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

La denuncia del ricovero deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento inoltre deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", e deve essere corredata da:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;

- 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 Conto Revolving e/o Carta di Credito.

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

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore alla rata mensile del Conto Revolving e/o Carta di Credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente al momento della liquidazione, Beneficiario della prestazione sarà l'Assicurato.

In tal caso la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti sopra riportati, dalla seguente documentazione:

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

#### **ART. 42 - DENUNCE SUCCESSIVE**

Resta inteso che gli obblighi assunti dall'Impresa 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.

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

#### **ART. 43 - OGGETTO DELLA COPERTURA**

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità;
- cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria

l'Impresa di Assicurazione liquiderà mensilmente 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. 5 "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. 46 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

#### **ART. 44 - INDENNIZZO**

L'Indennizzo che l'Impresa 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 del Conto Revolving e/o Carta di Credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente .

L'Indennizzo non può eccedere 6 rate mensili consecutive per ogni sinistro e 18 rate mensili per tutta la durata della copertura per più sinistri, l'indennizzo minimo è pari alla rata minima di rimborso da parte dell'Assicurato che è pari ad una percentuale del saldo del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo della Carta di Credito presente al primo giorno del Sinistro come previsto all'Art. 7 "MASSIMALI".

I sinistri verificatisi nei primi 90 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza).

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.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

#### **ART. 45 - ESCLUSIONI**

Nessun Indennizzo è dovuto dall'Impresa 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 dall'Impresa di Assicurazione per il caso di Disoccupazione se:

- 1) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di ente privato 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. 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. 46 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 45 "INDENNIZZO", l'Assicurato entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, comunicare ad AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. la propria disoccupazione e deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;

- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- Dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito.

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

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore alla rata mensile del Conto Revolving e/o Carta di Credito dovuta dall'Assicurato alla Contraente al momento della liquidazione, Beneficiario della prestazione sarà l'Assicurato.

In tal caso la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti sopra riportati, dalla seguente documentazione:

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

#### **ART. 47 - DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza di 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 di ente privato a tempo determinato o indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Nel caso in cui l'Assicurato, durante il periodo di erogazione della prestazione, si impieghi con un contratto a tempo determinato di durata non superiore a 6 mesi, l'Impresa di Assicurazione provvederà a sospendere l'erogazione della prestazione ed a riprenderla al termine del periodo di lavoro a tempo determinato senza aprire un nuovo Sinistro per i mesi restanti al raggiungimento di 12 rate mensili nel corso della durata contrattuale.

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

Data ultimo aggiornamento: 15 novembre 2010



### 3. GLOSSARIO

- **Assicurato:** il soggetto persona fisica di età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti che ha stipulato un Contratto di Prestito Personale (Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito) e che ha aderito al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposita Dichiarazione di Adesione e pagando i premi mensili.
- **Beneficiario:** Beneficiario della prestazione caso morte è la Contraente che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione, quando si verifica il Sinistro.  
Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego è la Contraente.
- **Carenza:** periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, le Imprese di Assicurazione non corrispondono la prestazione assicurata.
- **Contraente:** AGOS-DUCATO S.p.A. - 20100 Milano, Via Bernina 7, Società presso la quale è stato richiesto il Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito e che stipula i contratti collettivi di assicurazione con le Imprese di Assicurazione, per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Assicurazione:** Contratto con il quale le Imprese di Assicurazione, a fronte del pagamento di un premio, si impegnano a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato. Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego) attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.
- **Contratto di Carta di Credito Revolving:** Carta di Credito a cui è associata una linea di credito utilizzabile in un'unica o in più soluzioni. Chi la utilizza si impegna a restituire gli importi utilizzati e gli interessi maturati;
- **Contratto di Conto Revolving:** forma di finanziamento attraverso la concessione di una somma (linea di credito) utilizzabile in un'unica o in più soluzioni. Chi la utilizza si impegna a restituire gli importi utilizzati e gli interessi maturati;
- **Copertura Assicurativa:** la garanzia assicurativa concessa dalle Imprese di Assicurazione e generata dal versamento di Premi mensili, a fronte della quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.
- **Decorrenza:** 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.
- **Decesso** Il decesso è la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni di polizza.
- **Debito residuo:** saldo del Conto Revolving e/o Carta di Credito.
- **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.
- **Durata della Copertura Assicurativa** Intervallo di tempo durante il quale sono operanti le Garanzie ed ha validità la Copertura Assicurativa.
- **Ente Privato:** ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.
- **Ente Pubblico:** ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.
- **Impresa di Assicurazione:**
  - Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - L'Impresa 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: AVIPOP VITA S.p.A. - Impresa del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con

Provvedimento ISVAP N. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 05913510961.

- **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 Imprese 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, all'estinzione del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito.
- **Infortunio** L'infortunio è un evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e indennizzabili a termini del Contratto di Assicurazione.
- **Invalidità Totale Permanente (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 32(reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del 13 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 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 di ente privato** È Lavoratore Dipendente di ente privato la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali. Sono altresì assimilati ai lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art.50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere : a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate.
- **Lavoratore Dipendente di ente pubblico**  
E' la persona fisica che sia Lavoratore dipendente presso la Pubblica Amministrazione.  
A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:
  - le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
  - le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
  - le Regioni – le Province – i Comuni;
  - le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
  - le Istituzioni Universitarie;
  - le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni;
  - le Aziende e gli Enti del servizio sanitario Nazionale.
- **Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
- **Margine di Solvibilità:** rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria dell'Impresa di Assicurazione; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dall'Impresa nei confronti degli Assicurati.
- **Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

- **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:** 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 d'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 Temporanea Totale, 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 Temporanea Totale.
- **Polizze:** le Polizze Collettive n. 2603 e n. 210664, stipulate da AGOS-DUCATO S.p.A., rispettivamente con AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. e AVIPOP VITA S.p.A., disciplinata dalle seguenti Condizioni Generali cui abbia aderito l'Assicurato sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione al Programma Assicurativo.
- **Premio:** le somme dovute alle Imprese di Assicurazione, a fronte delle coperture assicurative prestate. Il premio viene pagato mensilmente e viene determinato in percentuale sull'importo del debito residuo del Conto Revolving e/o Carta di Credito alla ricorrenza mensile.
- **Premio puro:** Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione.
- **Programma Assicurativo:** l'insieme delle coperture assicurative prestate dalle Imprese 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 Mensile** È la Rata di rimborso mensile del Contratto di Conto Revolving e/o Carta di Credito. La rata mensile non potrà essere inferiore ad una percentuale del saldo del Conto Revolving o ad una percentuale del saldo della Carta di Credito.
- **Ricovero Ospedaliero :** 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.

Data ultimo aggiornamento: 15 novembre 2010

#### **4. INFORMATIVA PRIVACY E INFORMATIVA SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA**

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

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

##### **UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI\***

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

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

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

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

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

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

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

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

Senza tali dati le nostre Imprese 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).

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

##### **MODALITA' D'USO DEI DATI**

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

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

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

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

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

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

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

- AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano
- AVIPOP VITA S.p.A. - Viale 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 Imprese di Assicurazione informano, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

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

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

- Servizio Privacy – AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano (il cui Amministratore Delegato pro tempore è titolare del trattamento dei dati personali, per l'Area Industriale Assicurativa);
- Servizio Privacy - AVIPOP VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474 – email: [privacy\\_vita@avivaitalia.it](mailto:privacy_vita@avivaitalia.it) (il cui Amministratore Delegato pro temporale è titolare del trattamento dei dati personali, per l'Area Industriale Assicurativa).

## CREDIT PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINATA ALLA LINEA DI CREDITO REVOLVING (DI SEGUITO CONTO REVOLVING) E/O CARTA DI CREDITO

**POLIZZE COLLETTIVE N. 2603 AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - 210664 AVIPOP VITA S.p.A.  
CONTO REVOLVING E/O CARTA DI CREDITO n°.....**

### Dichiarazione di adesione

#### ASSICURATO

Cognome e nome .....  
Codice Fiscale .....  
Comune di nascita ..... Data di nascita ..... Sesso .....  
Indirizzo ..... C.a.p. – Città – Provincia .....  
Identificato con il seguente documento..... Numero .....  
Rilasciato da ..... Luogo..... il .....  
Professione ..... Attività economica: Gruppo/Ramo ..... Sottogruppo .....

**Assicurazione CPI Facoltativa: come da frontespizio del Modulo di Richiesta del Finanziamento.**  
**Costi totali a carico dell'Assicurato: come da frontespizio del Modulo di Richiesta del Finanziamento.**  
**Quota dei costi per intermediazione: come da frontespizio del Modulo di Richiesta del Finanziamento.**

#### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- preso consegna e preventiva conoscenza del Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione e del Glossario, nonché della presente Dichiarazione di Adesione, che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Assicurato:

- dichiara** di aderire alla Polizza Collettiva indicata sul frontespizio del Modulo di Richiesta di Apertura di Credito Revolving, che prevede il versamento di premi mensili calcolati secondo le modalità riportate nel Fascicolo Informativo. Sul frontespizio del Modulo di Richiesta di Apertura di Credito Revolving, sono indicati: il metodo di calcolo dei premi assicurativi alla voce "Ass.ne facoltativa CPI", le componenti relative ai costi totali a carico dell'Assicurato e la quota trattenuta da Agos Ducato, quale compenso di intermediazione assicurativa. I premi assicurativi, sono versati per conto dell'Assicurato mensilmente da Agos Ducato alle Compagnie di Assicurazione e quindi addebitati da Agos Ducato sul Conto Revolving o Carta di Credito dell'Assicurato e vengono rimborsati dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Apertura di Credito Revolving;
- consapevole che le condizioni di buono stato di salute risultanti dalle dichiarazioni di seguito riportate costituiscono condizione essenziale di assicurabilità, **dichiara inoltre:**  
"non ho ancora compiuto 65 anni di età; sono in buono stato di salute; non sono affetto da malattie o lesioni gravi che necessitino di un trattamento medico continuativo nel tempo; non sono mai stato assente dal lavoro, negli ultimi 12 mesi, per più di 30 gg. consecutivi a causa di malattia o infortuni. Inoltre, se lavoratore dipendente del settore privato, dichiaro di percepire retribuzione e di non avere ricevuto dal mio datore di lavoro alcuna contestazione disciplinare, intimazione o comunicazione nella quale vengo individuato come soggetto a una procedura di mobilità, di cassa integrazione o di licenziamento. Sono a conoscenza della possibilità di essere sottoposto, a mie spese, a visita medica per certificare lo stato di salute. "
- conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Dichiarazione di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- prende atto** che a fronte del pagamento del premio le coperture assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di primo utilizzo del Conto Revolving o Carta di Credito, a condizione che il Contratto di Apertura di Credito Revolving sia stato perfezionato;
- dichiara** di essere a conoscenza che Beneficiario delle prestazioni è Agos Ducato;
- dichiara** di essere consapevole che le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora, tra il momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione alla copertura assicurativa e la data di perfezionamento del Contratto di Apertura di Credito Revolving intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alle Compagnie di Assicurazione per il tramite di Agos Ducato prima della decorrenza delle coperture assicurative, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.
- dichiara**, agli effetti della validità della presente assicurazione, di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

#### Avvertenze ai fini dell'efficacia della copertura assicurativa:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del Contratto di Assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- l'Assicurato deve verificare l'esattezza e la rispondenza a verità della dichiarazione di buono stato di salute prima della sottoscrizione;
- anche nei casi non espressamente previsti dalle Compagnie di Assicurazione, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

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

Sede legale e sede sociale in Italia - Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 33.000.000,00 (i.v.) - deliberato e sottoscritto Euro 43.500.000,00 - R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002



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

Sede legale e sede sociale in Italia - Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 17.000.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011



**DICHIARAZIONI SPECIFICHE:**

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione: Requisiti di Assicurabilità; Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio; Decorrenza e cessazione delle garanzie; Esclusioni; Massimali; Denuncia dei sinistri; Cessione dei diritti; Beneficiari delle Prestazioni; Diritto di recesso; Controversie.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita dalle Compagnie di Assicurazione e da Agos Ducato, allegata rispettivamente alle Condizioni di Assicurazione e alla Informativa Trasparenza del Contratto di Finanziamento, prendo atto che il mancato consenso al trattamento dei miei dati personali sensibili e/o giudiziari, necessari alle Compagnie di assicurazione e ad Agos Ducato per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n.196 del 2003, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento: 15 novembre 2010







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

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

[www.avivaitalia.it](http://www.avivaitalia.it)

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204

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



Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 33.000.000,00 (i.v.) - deliberato e sottoscritto Euro 43.500.000,00 - R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002

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

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

[www.avivaitalia.it](http://www.avivaitalia.it)

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204

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



Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 17.000.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011

