AVIPOP
società del gruppo AVIVA

Avipop Assicurazioni S.p.A.
V.le Abruzzi 94 20131 Milano
www.avivaitalia.it
Tel. +39 02 2775.1
Fax +39 02 2775.204

Avipop Vita S.p.A.
V.le Abruzzi 94 20131 Milano
www.avivaitalia.it
Tel. +39 02 2775.1
Fax +39 02 2775.204

CPI LIGHT

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA AI PRESTITI PERSONALI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA E FACOLTATIVA per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa per la Copertura Caso Morte;
- Nota Informativa per le Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa sulla Privacy e sulle Tecniche di Comunicazione a Distanza;
- 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 53.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002

Avipop Vita S.p.A.
Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 37.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011

1. NOTA INFORMATIVA

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA A PRESTITI PERSONALI

- **Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 59239**

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.
L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

AVIPOP VITA S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Viale Abruzzi n. 94 – 20131 Milano – Italia.
Numero di telefono: 02/27751 – sito internet: www.avivaitalia.it.
Indirizzo di posta elettronica:
– per informazioni di carattere generale: assunzione_vita@avivaitalia.it
– per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni_vita@avivaitalia.it
AVIPOP VITA S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP nr. 2709 del 12/6/2009. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

In base al'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di AVIPOP VITA S.p.A. è pari a Euro 32.605.401,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 17.000.000,00 (i.v.) e le Riserve Patrimoniali a Euro 15.605.401,00. Il nuovo capitale sociale iscritto al Registro delle Imprese in data 15 marzo 2011 ammonta a Euro 37.500.000,00.

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

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

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

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

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

La durata del Contratto di Finanziamento è comunicata all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.
In caso di estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per la prestazione che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

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 Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – la prestazione iniziale assicurata è pari all'importo totale del Finanziamento richiesto.

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

- prestazione in caso di Decesso

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, l'Impresa di Assicurazione liquida al Beneficiario la prestazione assicurativa pari al Debito residuo in linea capitale alla data del Decesso dell'Assicurato al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
La prestazione assicurativa verrà corrisposta previa comunicazione documentata della Contraente.

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 31.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 31.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 26 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di stipula del Programma Assicurativo e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore a 75 anni.**

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

4. PREMI

La Copertura Assicurativa viene prestata dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un premio unico ed anticipato.
Tale premio viene versato dall'Assicurato, che ha sottoscritto la Dichiarazione di Adesione, al momento dell'erogazione del Finanziamento.
Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto all'Impresa di Assicurazione.

L'importo del premio unico viene determinato moltiplicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento - per l'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 63% del Premio unico versato al netto delle

imposte – dove applicabili -. La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 79,37% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio Unico di Euro 1.000,00, al lordo delle imposte, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 630,00 di cui Euro 500,00 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di decesso, ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e il Contraente l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.
In alternativa l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare all'Impresa di Assicurazione, potrà mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. COSTI

5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO

5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO
SPESE DI EMISSIONE: l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa di emissione.
COSTO PERCENTUALE: il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel Tasso di Premio è pari alla seguente percentuale:

COSTO %
63,00%

Il costo è calcolato sul Premio unico versato al netto delle imposte – dove applicabili -.
I costi per eventuali accertamenti sanitari sono a carico dell'Assicurato cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

***

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

Quota-parte del costo retrocessa all'Intermediario
79,37%

6. SCONTI
Non sono previsti sconti.

7. REGIME FISCALE

7.1 IMPOSTE SUI PREMI
I premi di Assicurazione sulla Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

7.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI
Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato.
Precisamente, ai sensi dell'art.15 comma 1 lett. f) del DPR 917/86, relativamente ad ogni periodo di imposta, è consentita una detrazione nella misura del 19% dell'onere sostenuto dall'Assicurato per i premi relativi alle Assicurazioni di cui sopra versati in tale periodo per un importo complessivamente non superiore ad Euro 1.291,14. L'Assicurato avrà dunque diritto ad una detrazione massima pari ad Euro 245,32.
Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:

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

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

7.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO
Ai sensi dell'Art.1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.
Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di Decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e sono esenti da imposte di successione.

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8.1 DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del Finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto dal Programma Assicurativo e sia stata sottoscritta la Dichiarazione di Adesione.

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

8.2 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA
La Copertura Assicurativa prevista dal presente Contratto si intende operante – con le limitazioni di cui all'Art. 26 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione – dalle ore 00 del giorno di

decorrenza a condizione che l'Assicurato abbia pagato il Premio unico ed abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione.

Per maggiori dettagli relativi alla data di decorrenza del Contratto e all'efficacia della Copertura Assicurativa si rimanda alla lettura dell'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" delle Condizioni di Assicurazione.

8.3 AMBITO DI APPLICAZIONE
Può essere assicurato il soggetto coincidente con il Cliente - che abbia ottenuto la concessione di un Finanziamento da parte della Contraente ed abbia aderito alla Polizza Collettiva - sulla cui persona è stipulata la Copertura.
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 e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni;
- sottoscriva un Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massima di 120 mesi. Gli importi massimi assicurabili sono riportati al punto 3. "PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE" che precede.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
La Copertura Assicurativa cessa al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

a) decesso dell'Assicurato;
b) alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
c) esercizio del diritto di recesso;
d) anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 5 DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" e dell'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

10. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI
La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto di Assicurazione e non prevede la concessione di prestiti.

11. DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 30 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente ove è stato acceso il Finanziamento.
In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:
AVIPOP VITA 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. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI PRESCRIZIONIE

12.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
I sinistri devono essere tempestivamente denunciati compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Contraente, ed inviandolo, con allegata la documentazione prevista, ad AVIPOP VITA S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 113 085

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia.
L'Impresa di Assicurazione esegue il pagamento della prestazione entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa.
Per un maggior dettaglio sulla documentazione da consegnare all'Impresa di Assicurazione, necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto, si rimanda allo specifico Art. 27 "DENUNCIA DEL SINISTRO" delle Condizioni di Assicurazione.

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

13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05) al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
Il Contratto, ogni documento ad esso allegato nonché tutte le comunicazioni in corso di Contratto sono redatti in lingua italiana.
Le Parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

15. RECLAMI
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione AVIPOP VITA S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano *telefax 02 2775 245 indirizzo e-mail: reclami_vita@avivaitalia.it*..

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

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

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto all'Assicurato, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare all'Assicurato stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto stesso.
Per l'eventuale aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di Assicurazione, di cui al punto 2. "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA", si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo www.avivaitalia.it.

17. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

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

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

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

18. CONFLITTO DI INTERESSI

AVIPOP VITA S.p.A., è controllata al 100% da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A..
AVIPOP ASSICURAZIONI s.p.A. è partecipata al 50,001% da Aviva Italia Holding S.p.A. ed al 49,99% da Holding di Partecipazioni Finanziarie Banco Popolare S.p.A.
Il prodotto viene distribuito da AGOS-DUCATO S.p.A., Società partecipata dal Gruppo Banco Popolare, pertanto esiste conflitto di interessi.

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

*** * * ***

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

Il rappresentante legale
Stefano Longo

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2011

1. NOTA INFORMATIVA

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA A PRESTITI PERSONALI

- **Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia - Polizze Collettive nr. 2991**

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.
L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Viale Abruzzi n. 94 – 20131 Milano – Italia.
Numero di telefono: 02/27751 – sito internet: www.avivaitalia.it.
Indirizzo di posta elettronica:
– per informazioni di carattere generale: assunzionedanni_bancassurance@avivaitalia.it
– per informazioni relative alle liquidazioni: sinistri_bancassurance@avivaitalia.it
AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 9/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00191. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. è pari a Euro 46.326.399,00 di cui Euro 43.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 2.826.399,00 di Riserve Patrimoniali. Il nuovo capitale sociale iscritto al Registro delle Imprese in data 11 marzo 2011 ammonta a Euro 53.500.000,00.
L'indice di solvibililità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 117,18%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

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

La durata del Contratto di Finanziamento è comunicata all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.
In caso di estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI
La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A..

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 Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – la prestazione iniziale assicurata è pari all'importo totale del Finanziamento richiesto.

Il Contratto di Assicurazione, nella presente Nota Informativa, prevede le seguenti prestazioni assicurative:
- prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia
- prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA
In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 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 finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 28 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.
L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 31.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 31.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

La presente garanzia viene prestata:
- **solo in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia 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. 30 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di stipula del Programma Assicurativo e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore a 75 anni.**

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

Capitale finanziato 31.000 Euro	Capitale residuo al momento dell'invalidità permanente da malattia o da infortunio 30.000 Euro	Franchigia di polizza Liquidazione del residuo totale in caso di postumi pari o superiori al 66%
Postumi da invalidità permanente valutati 66%	Liquidazione di 30.000 Euro	Invalidità 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta

PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale, la liquidazione mensile alla Contraente di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa **con il massimo di Euro 1.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 12 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

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

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea e Totale 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 da Infortunio o Malattia 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. 34 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di stipula del Programma Assicurativo e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore a 75 anni.**

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

Rata mensile da rimborsare = 500 Euro	Rata massima mensile liquidabile = 1.000 Euro	Franchigia assoluta = 60 giorni
Indennizzo	La rata mensile viene indennizzata ogni volta che trascorrono 30 giorni consecutivi di inabilità totale superata la soglia di franchigia di 60 giorni	Inabilità totale = 120 giorni Periodo di Inabilità totale = 1° settembre – 1° gennaio Rate da liquidare = novembre dicembre,
Inabilità temporanea totale al lavoro	Durata della inabilità =30 giorni	Nessun indennizzo in quanto avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della Copertura Assicurativa (periodo di carenza). In questo caso la durata dell'inabilità è ininfluente.

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

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

5. PREMI

Le Coperture Assicurative vengono prestate dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato.
Tale premio viene versato dall'Assicurato, che ha sottoscritto la Dichiarazione di Adesione, al momento dell'erogazione del Finanziamento.
Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto all'Impresa di Assicurazione.

L'importo del premio unico viene determinato moltiplicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento - per l'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 63% del Premio unico versato al netto delle imposte – dove applicabili -. La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 79,37% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio Unico di Euro 1.000,00, al lordo delle imposte, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 630,00 di cui Euro 500,00 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia , ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e il Contraente l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.
In alternativa l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare all'Impresa di Assicurazione, potrà mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

6. RIVALSE

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

7. DIRITTO DI RECESSO

7.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 30 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la Contraente ove è stato acceso il Finanziamento.
Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

7.2 DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI
A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 30 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà recandosi presso la Contraente ove è stato acceso il Finanziamento oppure inviando all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:
AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. Viale Abruzzi, 94 20131 Milano.

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

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

9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05) al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

10. REGIME FISCALE

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

10.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI
Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato.
Precisamente, ai sensi dell'art.15 comma 1 lett. f) del DPR 917/86, relativamente ad ogni periodo di imposta, è consentita una detrazione nella misura del 19% dell'onere sostenuto dall'Assicurato per i premi relativi alle Assicurazioni di cui sopra versati in tale periodo per un importo complessivamente non superiore ad Euro 1.291,14. L'Assicurato avrà dunque diritto ad una detrazione massima pari ad Euro 245,32.

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI
L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il Sinistro per il quale è prestata la Copertura Assicurativa.
La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, deve essere effettuata presso la Contraente compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro.

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

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

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 123 776
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 31-35 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

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

12. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano telefax 02 2775.245 indirizzo e-mail: 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 06.42.133.000.
I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere: i dati del reclamante, l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di Assicurazione ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

13. ARBITRATO

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti, per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale prestate dal presente Contratto di Assicurazione, hanno la facoltà di rimettersi alla decisione di un Collegio di tre medici.
Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

* * *

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

Il rappresentante legale
Stefano Longo

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2011

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 2991 stipulata tra AGOS-DUCATO S.P.A. e AVIPOP ASSICURAZIONI S.P.A. e della Polizza Collettiva n° 59239 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 SpA e le Imprese di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Morte, prestata da AVIPOP VITA SpA;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, prestata da AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, 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; le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia ed Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia devono però essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale italiano.

ART. 2 - PRESTAZIONI

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti prestazioni:

- Morte: l'Indennizzo è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie – alla data del decesso dell'Assicurato;
- Invalidità Totale Permanente: l'Indennizzo è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - alla data di riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia . Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia 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 da Infortunio o Malattia comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Finanziamento al momento del sinistro. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia 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 da Infortunio o Malattia insorta per causa diversa dalla precedente.

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 e che alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento non abbiano ancora compiuto 75 anni;
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 Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massima di 120 mesi. 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.
Le Imprese di Assicurazione si riservano il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto delle Coperture Assicurative. Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente in busta chiusa ed inviati alle Imprese di Assicurazione.

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

ART. 5 - DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO
Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del Finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto dal Programma Assicurativo e sia stata sottoscritta la Dichiarazione di Adesione.
La decorrenza e la durata delle Coperture Assicurative è comunicata alle Imprese di Assicurazione dalla Contraente.

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 120 mesi.

Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
- decesso dell'Assicurato;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire le Coperture Assicurative).

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

ART. 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 recandosi presso la 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.

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

DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI
A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 30 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.
L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà recandosi presso la Contraente ove è stato acceso il Finanziamento oppure inviando all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:
AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. Viale Abruzzi, 94 20131 Milano.

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

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

Dove
- PDanni * 0,975 = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia)
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di recesso.

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

ART. 7 - MASSIMALI
La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Contratto di Finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie. L'indennizzo non potrà superare:
- in caso di Morte ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia: l'importo di Euro 31.000,00 per Sinistro.
- In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: l'importo di Euro 1.000,00 mensili con il massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 12 indennizzi mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

Pertanto l'Indennizzo sarà pagato nel limite del massimale di cui sopra da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento assicurati, che siano in essere tra l'Assicurato e la Contraente, alla data del Sinistro.

In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 31.000,00 gli indennizzi (Morte ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia) saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

ART. 8 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alle Imprese di Assicurazione di un premio unico, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato, in via anticipata e in un'unica soluzione.

Tale premio viene versato dall'Assicurato, che ha sottoscritto la Dichiarazione di Adesione, al momento dell'erogazione del Finanziamento.

Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto alle Imprese di Assicurazione.

L'importo totale del premio unico è pari alla somma del premio per la Copertura Morte e del premio per le Coperture Danni. Per le Coperture Morte e Danni, il tasso viene applicato – in base alla durata del Contratto di Finanziamento - all'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento. Di seguito i tassi di premio suddivisi per garanzia:

DURATA FINANZIAMENTO IN MESI	COPERTURA MORTE	COPERTURE DANNI (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale) (*)
Da 6 mesi a 72 mesi	1,587%	1,233%
Da 73 mesi a 120 mesi	3,230%	1,300%

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

ART. 9 - ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o per Invalidità Totale Permanente) ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente, il Programma Assicurativo viene estinto dalla data di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento ovvero dalla data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente.

La Contraente dovrà inviare alle Imprese di Assicurazione la comunicazione dell'anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

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

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

Dove

- PVita = Premio versato per la Copertura Morte
- PDanni * 0,975 = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia)
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di anticipata estinzione totale/Data del venir meno del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente .

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

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

Ai fini della determinazione della prestazione assicurata il Debito residuo sarà ricostruito dalle Imprese di Assicurazione seguendo la stessa struttura di ammortamento alla francese in base ad un tasso prestabilito in vigore al momento dell'anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

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

ART. 10 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario della prestazione caso morte è la Contraente.
Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, è la Contraente stessa.

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 sia superiore al Debito residuo al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione:

1. in caso di decesso dell'Assicurato, dei suoi eredi legittimi e testamentari salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato tramite apposito Modulo da presentare all'Impresa di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile;
2. in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia dell'Assicurato, dell'Assicurato stesso.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o rinegoziazione dello stesso le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate all'originario piano di ammortamento del Finanziamento. In caso di Sinistro verrà liquidato dall'Impresa di Assicurazione la prestazione calcolata alla data del Sinistro come sopra riportato.

Se il sinistro si verifica dopo che il Contratto di Finanziamento sia stato oggetto di anticipata estinzione ovvero dopo che sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente e l'Assicurato abbia richiesto di mantenere in vigore le Coperture Assicurative:

- in caso di decesso dell'Assicurato, la somma sarà liquidata ai suoi eredi legittimi e testamentari salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato tramite apposito Modulo da presentare all'Impresa di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile;
- in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia dell'Assicurato, la somma sarà liquidata all'Assicurato stesso.

ART. 11 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Contraente, ed inviandolo, con allegata la documentazione prevista, ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Morte: AVIPOP VITA S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano;
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. c/o CNP Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano (impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri).

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

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al **Numero Verde 800 113 085**
- per informazioni relative ai Sinistri Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia) 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 Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Imprese di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di 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 le Coperture Assicurative possono 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 Finanziamento - 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 - 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. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE
Le Imprese di Assicurazione rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

ART. 21 - 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. 22 - 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. 23 - CONTROVERSIE
Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia prestate dal presente Contratto di Assicurazione.
In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.
Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.
Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali.

ART. 24 - TERMINI DI DECADENZA
Ogni diritto nei confronti delle Imprese di Assicurazione si prescrive entro il termine di 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

ART. 25 - PRESTAZIONI ASSICURATE
Il presente Programma Assicurativo prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata ai Beneficiari, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 26 "ESCLUSIONI".
La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
La prestazione non potrà superare l'importo di Euro 31.000,00, come previsto all'Art. 7 "MASSIMALI" che precede.

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

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

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

ART. 26 - ESCLUSIONI

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

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dei Beneficiari;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e, solo per le garanzie prestate senza visita medica, malattie già in essere alla data di effetto della sottoscrizione della "Dichiarazione 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.viaggiaresicuri.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.

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

Rimborso del Premio Puro: (PVita)*(1-H)*[(N-K)*(N-K+1)] / [N*(N+1)]
Rimborso dei Costi: (PVita)*H*[(N-K)/N]

Dove

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

Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

ART. 27 - 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 Finanziamento;
- copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato;
- 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 Finanziamento;
- 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..

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

Qualora:

- l'importo della prestazione assicurativa sia superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento del decesso

oppure

- nel caso in cui la Copertura Assicurativa sia rimasta in vigore essendo il Decesso dell'Assicurato intervenuto successivamente all'anticipata estinzione totale del Finanziamento ovvero dopo che sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente

la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- dichiarazione della Contraente attestante l'anticipata estinzione totale del Finanziamento o il venir meno del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente;
- 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

ART. 28 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia pari o superiore al 66% della totale, 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 a favore dell'Assicurato dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 29 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 30 "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. 29 - 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 Copertura, è pari al debito residuo:

- 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,

così come calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del Contratto di Finanziamento al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'Infortunio o la data della diagnosi della Malattia che hanno provocato l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia 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 da Infortunio o Malattia, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia. L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 31.000,00, come previsto all'Art. 7 "MASSIMALI".

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

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

ART. 30 - 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. 31 - 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;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo residuo del Finanziamento.

Qualora:

- l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione

oppure

- nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale ovvero dopo che sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente

la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- dichiarazione della Contraente attestante l'anticipata estinzione totale del Finanziamento o il venir meno del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente;
- 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

ART. 32 - PRESTAZIONI ASSICURATE

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 da Infortunio o Malattia 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. 34 “ESCLUSIONI”;
- l’Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 “DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI”.

Per Inabilità Temporanea Totale si intende:
- per i non Lavoratori la Perdita totale, in via temporanea, della generica capacità dell'Assicurato di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo a seguito di infortunio o malattia;
- per i Lavoratori la Perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia.

ART. 33 - 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 da Infortunio o Malattia e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Copertura, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, secondo l’originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.
L’Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l’Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 1.000,00 come previsto all’Art. 7 “MASSIMALI”.

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

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 da Infortunio o Malattia dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.
Il numero massimo di pagamenti mensili che l’Impresa di Assicurazione è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 12 Indennizzi mensili per l’intera durata della Copertura Assicurativa.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall’Impresa di Assicurazione come previsto dall’Art. 10 “BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI” che precede.

ART. 34 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall’oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia 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. 35 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;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento;
- 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 al momento del sinistro oppure
- nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale ovvero dopo che sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente,

la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- dichiarazione della Contraente attestante l'anticipata estinzione totale del Finanziamento o il venir meno del rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ART. 36 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 da Infortunio o Malattia causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dall'Impresa di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 12 Indennizzi mensili.

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2011

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 Finanziamento) e che ha aderito al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposita Dichiarazione di Adesione e pagando il premio.
- **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 e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia è la Contraente che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione, quando si verifica il Sinistro.
- **Carenza:** periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, le 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 Finanziamento 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) attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.
- **Contratto di Finanziamento:** il Contratto di Finanziamento - al quale si riferisce il Programma Assicurativo oggetto della presente polizza - con il quale la Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Contraente secondo un piano di ammortamento alla francese prestabilito al momento di erogazione del Finanziamento e di durata compresa tra 6 e 120 mesi.
- **Copertura Assicurativa**: le garanzie assicurative concesse dalle Imprese di Assicurazione e generate dal versamento di un Premio, a fronte della quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.
- **Decorrenza:** le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Programma Assicurativo a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del Finanziamento, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del Finanziamento.
- **Decesso** Il decesso è la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni di polizza.
- **Debito residuo**: quanto residua in linea capitale, a favore della Contraente, relativamente al Contratto di Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento alla francese, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
- **Durata delle Coperture Assicurative:** Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza del Contratto e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed hanno validità le Coperture Assicurative.
- **Impresa di Assicurazione:**
  - Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale): AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. - Impresa di Assicurazione 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 di Assicurazione 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 per non Lavoratori (ITT) da Infortunio o Malattia:** Perdita totale, in via temporanea, della generica capacità dell'Assicurato di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo a seguito di infortunio o malattia.
- **Inabilità Temporanea Totale per Lavoratori (ITT) da Infortunio o Malattia:** 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.
- **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) da Infortunio o Malattia:** la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 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.
- **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.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, 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 Inabilità Temporanea Totale, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa (per i lavoratori) o a un Qualsiasi Lavoro Proficuo (per i Non Lavoratori) prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
- **Polizze:** le Polizze Collettive n. 2991 e n. 59239, stipulate da AGOS-DUCATO S.p.A., rispettivamente con AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. e AVIPOP VITA S.p.A., disciplinate 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 è unico, viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione e viene calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto in base alla durata del finanziamento.
- **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.
- **Rata Mensile** È la Rata Mensile del Contratto di Finanziamento come calcolata dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento alla francese rilasciato all'Assicurato. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per la garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia saranno determinati in ogni caso su base mensile.

- **Sinistro**: il verificarsi dell’evento dannoso per cui è prestata l’assicurazione.

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2011

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 fi nanziari appartenenti al Gruppo AVIVA.

MODALITA' D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi

modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela.
I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Le Imprese di Assicurazione utilizzano le medesime modalità anche quando comunicano, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.
Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto delle Imprese di Assicurazione, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.
Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "Incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo AVIVA o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto delle Imprese di Assicurazione (legali, medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.
In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, le Imprese di Assicurazione precisano infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i loro dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo a:
AVIPOP ASSICURAZIONI S.p.A. – Viale Abruzzi 94 – 20131 Milano
AVIPOP VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447,

ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.
Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la 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 (il cui Amministratore Delegato pro temporale è titolare del trattamento dei dati personali, per l'Area Industriale Assicurativa).

AVIPOP
società del gruppo AVIVA

Avipop Assicurazioni S.p.A.
V.le Abruzzi 94 20131 Milano
www.avivaitalia.it
Tel. +39 02 2775.1
Fax +39 02 2775.204

Avipop Vita S.p.A.
V.le Abruzzi 94 20131 Milano
www.avivaitalia.it
Tel. +39 02 2775.1
Fax +39 02 2775.204

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE E FACOLTATIVE
ABBINATE AI PRESTITI PERSONALI
POLIZZE COLLETTIVE NR. 2991 AVIPOP ASSICURAZIONI S.P.A. – 59239 AVIPOP VITA S.P.A.
FINANZIAMENTO 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 ……... …...……

L'importo del premio è pari a Euro …….
I costi totali a carico dell'Assicurato sono pari a Euro ……
I costi per intermediazione sono pari a Euro ……..……..

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 del Finanziamento, che prevede il versamento di un premio unico anticipato calcolato secondo le modalità riportate nel Fascicolo Informativo. Sul frontespizio del Modulo di Richiesta del Finanziamento, sono indicati: il premio assicurativo, alla voce "Assic.ne CPI", i relativi costi totali a carico dell'Assicurato e l'importo percepito da Agos Ducato quale compenso di intermediazione assicurativa. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Imprese e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- 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 erogazione del finanziamento;
- **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 Finanziamento intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alle Imprese di Assicurazione per il tramite di Agos Ducato prima della decorrenza delle Coperture Assicurative, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.
- **dichiara** di essere a conoscenza che Beneficiario delle prestazioni è Agos Ducato;
- **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 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.

Avvertenze ai fini dell'efficacia della Copertura Assicurativa:
1. **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del Contratto di Assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;**
2. **l'Assicurato deve verificare l'esattezza e la rispondenza a verità della dichiarazione di buono stato di salute prima della sottoscrizione;**
3. **anche nei casi non espressamente previsti dalle Imprese 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 53.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002

Avipop Vita S.p.A.
Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 37.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa

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; Diritto di recesso; Indennizzo; Esclusioni; Massimali; Beneficiari delle Prestazioni; Denuncia dei sinistri; Cessione dei diritti; 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 Imprese 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 Imprese 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: 31 maggio 2011

Avipop Assicurazioni S.p.A.
V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano
www.avivaitalia.it
Tel. +39 02 2775.1
Fax +39 02 2775.204

AVIPOP
società del gruppo AVIVA

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 53.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002

Avipop Vita S.p.A.
V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano
www.avivaitalia.it
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 37.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011