



Aviva S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva_spa@legalmail.it

**“FIDO PROTETTO”
(Tariffa CP39)**

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A PREMIO MENSILE IN FORMA COLLETTIVA
AD ADESIONE FACOLTATIVA
ABBINABILE AI CONTRATTI DI AFFIDAMENTO BANCARIO**

per i casi di Decesso e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

Polizza collettiva nr. 210.792 di Aviva S.p.A.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informazioni sul Trattamento dei Dati Personali;
- Modulo di Adesione;

**DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ASSICURATO/ALL'IMPRESA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE
DEL MODULO DI ADESIONE**

La sottoscrizione della polizza è facoltativa e non condiziona la concessione dell’Affidamento bancario

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA





Aviva S.p.A.

1. NOTA INFORMATIVA

“FIDO PROTETTO” - CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A PREMIO MENSILE ABBINABILE AI CONTRATTI DI AFFIDAMENTO BANCARIO Polizza Collettiva nr. 210.792

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

Aviva S.p.A., Impresa di Assicurazione del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano – Italia.

Numero di telefono: 02/2775.1 – sito internet: www.aviva.it.

Indirizzi di posta elettronica:

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

Aviva S.p.A., è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale n. 18240 del 28/07/1989 (Gazzetta Ufficiale nr. 186 del 10/08/1989). Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00081. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00008.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Aviva S.p.A. è pari a Euro 332.942.723,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 247.000.000,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 85.942.723,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione vita è pari a 120,02%. 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

Il presente Contratto di Assicurazione è un'assicurazione collettiva ad adesione facoltativa, operante esclusivamente in applicazione di un'apposita Convenzione che la Contraente (UniCredit S.p.A.) ha stipulato con l'Impresa di Assicurazione – Aviva 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 (Imprese) della Contraente intestatari di Contratti di Affidamento bancario (di seguito Fido) che abbiano deciso di aderire;
- un'Impresa intestataria di un Contratto di Affidamento bancario che, nella presente Polizza Collettiva, può stipulare più Coperture Assicurative, ognuna delle quali con differente Assicurato. Gli Assicurati designati devono essere titolari, suoi collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per l'Impresa;
- per il singolo Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione assicurata pari al Fido Accordato all'inizio del mese in cui si verifica il sinistro.

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

La Durata delle Coperture Assicurate, espressa in mesi interi, è pari a 12 mesi ed è tacitamente rinnovabile per periodi di uguale durata in mancanza di disdetta da parte dell'Impresa, per il tramite della filiale della Contraente, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno almeno 30 giorni prima della scadenza.

Il Contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) Prestazioni in caso di Decesso;**
- b) Prestazioni in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o da Malattia.**

a) Prestazioni in caso di Decesso.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 20 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

b) Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 23 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

L'indennizzo delle Coperture Assicurate non potrà essere superiore a Euro 200.000,00 per Assicurato e per sinistro.

Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO – PERIODO DI CARENZA" delle Condizioni di Assicurazione.

Sono previste inoltre: limitazioni relative all'età assicurabile, un periodo di carenza ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione.

Per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ"; 4 "LIMITI DI INDENNIZZO – PERIODO DI CARENZA"; 21 e 26 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alle dichiarazioni dell'Assicurato ai fini dell'efficacia delle Coperture Assicurate.

4. PREMI

Il Contratto prevede il versamento per tutta la durata contrattuale da parte dell'Impresa all'Impresa di Assicurazione, in via anticipata di premi mensili di importo variabile a fronte delle prestazioni assicurate.

Il pagamento dei premi viene effettuato mediante addebito sul conto corrente dell'Impresa intrattenuto presso la Contraente medesima.

L'importo del premio mensile viene calcolato applicando il tasso dello **0,078%** all'importo del Fido Accordato il primo giorno del mese stesso.

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. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO – SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE" – è pari al 50% di ciascun premio mensile versato. La quota parte percepita in media dall'Intermediario è pari al 90% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio mensile di Euro 1.000,00 i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 500,00 di cui Euro 450,00 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

In caso di chiusura o di azzeramento del Contratto di Affidamento bancario le Coperture Assicurative vengono estinte.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE A SEGUITO DI AZZERAMENTO/CHIUSURA DEL FIDO ACCORDATO" delle Condizioni di Assicurazione.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. COSTI

5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'IMPRESA

5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

COSTO PERCENTUALE: il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel Tasso di Premio è pari alla seguente percentuale:

COSTO %
50%

Il costo è calcolato su ciascun Premio mensile versato.

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

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

QUOTA-PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
90%

6. SCONTI

Non sono previsti sconti.

7. REGIME FISCALE - LEGALE

7.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

7.2 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 o di Invalidità Totale e Permanente, non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986.

7.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

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

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

7.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ

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

Nel caso specifico del presente contratto, in considerazione della finalità della Convenzione da cui esso discende e della sua natura di Polizza Collettiva, si fa presente che la disciplina sopra riportata va coordinata con altre disposizioni fiscali (deducibilità dal reddito d'impresa ecc.) la cui applicazione può dipendere da una serie di elementi quali la natura del rapporto fra l'Impresa e gli Assicurati.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato a condizione che sia stato pagato il primo premio mensile.

Per la disciplina specifica si rinvia all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" ed all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE" delle Condizioni di Assicurazione.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE – SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE A SEGUITO DI AZZERAMENTO/CHIUSURA DEL FIDO ACCORDATO

9.1 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Le Coperture Assicurative cessano in ogni caso:

1. l'ultimo giorno del mese di compimento del 71° anno di età dell'Assicurato;
2. seguito decesso dell'Assicurato;
3. seguito accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
4. alla data di esercizio del diritto di recesso;

5. alle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese precedente al mese per il quale non è stato pagato il dovuto premio, calcolato in base al Fido Accordato, salvo il caso in cui l'Impresa non provveda al pagamento del premio mensile entro i 10 giorni lavorativi successivi dello stesso mese;
6. seguito mancata riattivazione delle Coperture Assicurate trascorsi 4 mesi a partire dalla prima data di mancato pagamento dei premi, causa azzeramento del Fido accordato o chiusura del/dei Contratto/i di Affidamento bancario;
7. seguito disdetta della Polizza Collettiva ad opera di una delle Parti (Impresa di Assicurazione o Contraente). In questo caso le Coperture Assicurate cessano alla data di scadenza annua immediatamente successiva alla data di disdetta.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE" delle Condizioni di Assicurazione.

9.2 SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE A SEGUITO DI AZZERAMENTO/CHIUSURA DEL FIDO ACCORDATO

Successivamente alla decorrenza delle Coperture Assicurate, in caso di azzeramento del Fido Accordato oppure chiusura del/dei Contratto/i di Affidamento bancario il pagamento dei premi può essere sospeso per un periodo massimo di 4 mesi a partire dalla prima data di mancato pagamento degli stessi.

Le Garanzie previste dal Contratto non sono valide durante la sospensione e, in caso di decesso o di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato che dovessero verificarsi in tale periodo, non è prevista alcuna prestazione da parte dell'Impresa di Assicurazione.

Entro i 4 mesi le Coperture Assicurate possono essere riattivate.

Per maggior dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE A SEGUITO DI AZZERAMENTO/CHIUSURA DEL FIDO ACCORDATO" 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

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

L'eventuale Premio pagato verrà rimborsato all'Impresa per il tramite della Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

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

12.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

L'Impresa di Assicurazione esegue il pagamento della prestazione entro 30 giorni dalla data di ricevimento 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 i Beneficiari, si rimanda all'Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" delle Condizioni di Assicurazione.



Aviva S.p.A.

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

Numero Verde 800 113 085
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00.

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

12.2 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dai Contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

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.

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:

Aviva S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI

Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano

fax: 02 2775.245

indirizzo e-mail: reclami_vita@aviva.com.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS

Via del Quirinale 21 - 00187 Roma

FAX 06 42133 353/745 - NUMERO VERDE 800-486661

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito dell'Impresa di Assicurazione, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di Assicurazione ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto alla Contraente ed 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 di Assicurazione stesso.

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

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

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

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

17. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Le comunicazioni all'Impresa di Assicurazione devono essere fatte per iscritto ad Aviva S.p.A. – Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano (Italia).

18. CONFLITTO DI INTERESSI

Aviva S.p.A., Impresa di Assicurazione che commercializza il presente Contratto, è controllata da Aviva Italia Holding S.p.A. che detiene una quota di partecipazione del 50 per cento del capitale sociale dell'Impresa ed è partecipata da Aviva Italia S.p.A. (1 per cento) e da UniCredit S.p.A., Capogruppo dell'omonimo gruppo bancario (49 per cento).

Aviva S.p.A. fa capo al Gruppo Inglese AVIVA Plc.

Il prodotto viene distribuito da UniCredit S.p.A.

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

* * * * *

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

Il rappresentante legale

Alberto Vacca



Data ultimo aggiornamento: 29 aprile 2016



Aviva S.p.A.

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

“FIDO PROTETTO” – CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A PREMIO MENSILE ABBINABILE AI CONTRATTI DI AFFIDAMENTO BANCARIO

Temporanea in Caso di Morte e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia in forma Collettiva a Premio Mensile – Polizza Collettiva nr. 210.792

Il testo integrale della Polizza Collettiva nr. 210.792 stipulata tra UniCredit S.p.A. e AVIVA S.p.A. è depositato presso la sede della Contraente (UniCredit S.p.A.) e presso la Sede di Aviva S.p.A. (Impresa di Assicurazione).

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, di cui alla Polizza Collettiva stipulata tra UniCredit S.p.A. - di seguito anche la Contraente - e Aviva S.p.A. - di seguito anche l'Impresa di Assicurazione - comprende le garanzie:

- Decesso dell'Assicurato per tutte le cause;
- Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

Le garanzie sono prestate dall'Impresa di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Assicurato e dell'Impresa.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

In ogni caso la copertura Invalidità Permanente Totale deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale che esercita la professione in Italia.

ART. 2 OBBLIGHI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi dell'Impresa di Assicurazione risultano esclusivamente dalla Polizza Collettiva, dalle Condizioni di Assicurazione, dal Modulo di Adesione e dalle eventuali appendici rilasciate dall'Impresa di Assicurazione stessa.

Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto di Assicurazione valgono le norme di legge applicabili.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Il presente Contratto di Assicurazione può essere stipulato qualora l'Impresa sottoscriva/abbia sottoscritto uno o più Contratti di Affidamento bancario a Breve Termine, come definito da Banca di Italia, con la Contraente.

E' assicurabile ciascuna persona fisica, titolare, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa ed indicata dalla stessa, che:

- abbia la residenza in Italia;
- abbia un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di adesione alla polizza;
- abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico su apposito Modulo e che questo sia stato valutato positivamente dall'Impresa di Assicurazione.
- non risulti già assicurata nella presente Polizza Collettiva.

E' 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.

In questo caso l'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere se stipulare il Contratto di Assicurazione o no.

La documentazione deve essere inviata all'Impresa di Assicurazione Aviva S.p.A. Ufficio Assunzione – Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO – PERIODO DI CARENZA

La prestazione assicurata è pari al Fido Accordato il primo giorno del mese di accadimento del sinistro (Decesso o Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia).

L'indennizzo non potrà essere superiore all'importo di Euro 200.000,00 per Sinistro per singolo Assicurato; il limite di Euro 200.000,00 è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più Contratti di Affidamento bancario assicurati.

In caso di Contratti di Affidamento bancario concessi per importi superiori al massimale di Euro 200.000,00 il limite di indennizzo si intenderà comunque pari ad Euro 200.000,00.

Per i sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di sessanta giorni dalla data di decorrenza delle Coperture Assicurative.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione, nonché determinare la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

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

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, a condizione che sia stato pagato il premio contrattualmente previsto da parte dell'Impresa stessa.

La decorrenza delle Coperture Assicurative è comunicata all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare tempestivamente all'Impresa una **Lettera di Benvenuto** nella quale vengono riportati:

- la data di decorrenza;
- il riepilogo delle Coperture Assicurative sottoscritte;
- i termini per l'esercizio del diritto di recesso;
- l'importo del premio versato.

La Durata delle Coperture Assicurative, espressa in mesi interi, è pari a 12 mesi ed è tacitamente rinnovabile per periodi di uguali durata in mancanza di disdetta da parte dell'Impresa a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno inviata alla Contraente almeno 30 giorni prima della scadenza.

Le Coperture Assicurative cessano in ogni caso:

1. l'ultimo giorno del mese di compimento del 71° anno di età dell'Assicurato;
2. seguito decesso dell'Assicurato;
3. seguito accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
4. alla data di esercizio del diritto di recesso;
5. alle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese precedente al mese per il quale non è stato pagato il dovuto premio, calcolato in base al Fido Accordato salvo il caso in cui l'Impresa non provvede al pagamento del premio mensile nei termini previsti all'Art. 9 "PAGAMENTO DEI PREMI";
6. seguito mancata riattivazione delle Coperture Assicurative trascorsi 4 mesi a partire dalla prima data di sospensione del pagamento dei premi, causa azzeramento del Fido accordato o chiusura del Contratto di Affidamento bancario;
7. seguito disdetta della Polizza Collettiva ad opera di una delle Parti (Impresa di Assicurazione o Contraente). In questo caso le Coperture Assicurative cessano alla data di scadenza annua immediatamente successiva alla data di disdetta.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO

L'Impresa può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. Il recesso può essere effettuato compilando l'apposito modulo disponibile presso la filiale della Contraente ove è stato accordato il Fido, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'eventuale Premio pagato verrà rimborsato all'Impresa, per il tramite della Contraente, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni è l'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato -.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Nel corso della durata contrattuale, l'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato - può modificare la designazione riportata nel Modulo di Adesione, inviando direttamente all'Impresa di Assicurazione una lettera all'indirizzo: Aviva S.p.A. Ufficio Portafoglio - Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano, con allegata copia del Modulo di Adesione, copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del Legale Rappresentante e dell'Assicurato e i dati anagrafici del/i nuovo/i Beneficiario/i.

ART. 9 PAGAMENTO DEI PREMI

Le prestazioni assicurate sono garantite dietro pagamento anticipato all'Impresa di Assicurazione, per tutta la durata contrattuale, di premi mensili.

L'importo del premio mensile è variabile e viene calcolato applicando il tasso dello **0,078%** all'importo del Fido Accordato all'Impresa all'inizio del mese.

Il premio mensile viene pagato dall'Impresa per il tramite della Contraente, mediante addebito sul conto corrente dell'Impresa intrattenuto presso la Contraente medesima il primo giorno lavorativo del mese solare al quale si riferisce, o comunque entro i successivi 10 giorni lavorativi dello stesso mese trascorsi i quali le Coperture Assicurate vengono estinte e non è possibile riattivarle, salvo il caso di cui al successivo Art. 10 "SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE A SEGUITO DI AZZERAMENTO/CHIUSURA DEL FIDO ACCORDATO".

I premi già versati resteranno acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

ART. 10 SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE A SEGUITO DI AZZERAMENTO/CHIUSURA DEL FIDO ACCORDATO

Successivamente alla decorrenza delle Coperture Assicurate, in caso di:

- azzeramento del Fido Accordato;
- oppure
- chiusura del Contratto di Affidamento bancario

il pagamento dei premi può essere sospeso per un periodo massimo di 4 mesi a partire dalla prima data di mancato pagamento degli stessi.

Trascorso tale periodo, nel caso in cui il Fido accordato risulti ancora azzerato oppure non venga concesso all'Impresa un nuovo Fido, le Coperture Assicurate si risolvono ed i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

Le Garanzie previste dal Contratto non sono valide durante la sospensione e, in caso di decesso o di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato che dovessero verificarsi in tale periodo, non è prevista alcuna prestazione da parte dell'Impresa di Assicurazione.

Nel caso in cui, entro i 4 mesi, il Fido accordato torni ad essere positivo oppure venga concesso all'Impresa un nuovo Fido, le Coperture Assicurate possono essere riattivate mediante il pagamento del nuovo premio mensile entro i primi 10 giorni lavorativi del mese solare al quale il premio si riferisce.

La riattivazione delle Coperture Assicurate comporta il pieno ripristino delle garanzie prestate a decorrere dal 1° giorno del mese di pagamento del premio.

ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente.

Per la denuncia può essere utilizzato l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente ove è stato concesso l'Affidamento bancario, oppure presso l'Impresa di Assicurazione.

La denuncia con l'allegata la documentazione prevista, deve essere inviato al seguente indirizzo: AVIVA S.p.A. Ufficio Liquidazioni, Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano, oppure trasmesso mediante fax nr. 02.2775490.

Le denunce devono essere esclusivamente inviate in forma scritta e devono essere complete dei giustificativi richiesti, elencati nel Modulo di Denuncia Sinistro o comunicati dall'Impresa di Assicurazione.

L'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro.

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, il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.

L'Impresa di Assicurazione esegue 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 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che le Coperture Assicurative sono cumulabili con altre assicurazioni caso morte in essere con l'Impresa di Assicurazione al momento dell'adesione al presente Contratto.

ART. 13 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente Contratto di Assicurazione, sono a carico dell'Impresa.

Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

ART. 14 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Impresa all'Impresa di Assicurazione dovranno essere effettuate per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte dell'Impresa di Assicurazione saranno indirizzate alla sede legale dell'Impresa.

ART. 15 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO E ALL'IMPRESA

La Contraente – in occasione del collocamento del Contratto di Assicurazione e sotto la sua responsabilità – provvederà a fornire all'Impresa e all'Assicurato copia del Fascicolo Informativo redatto secondo il Regolamento 35 IVASS.

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

ART. 16 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 17 FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo di mediazione previsto dalla normativa vigente, ove possibile, rivolgendosi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto presso un apposito registro del Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

ART. 18 CLAUSOLA LIBERATORIA

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente al sinistro formante oggetto di questo Contratto di Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato prima del sinistro, nei confronti dell'Impresa di Assicurazione e/o dei giudici eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

ART. 19 CESSIONE DEI DIRITTI

Non sarà possibile in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

LE GARANZIE ASSICURATIVE**ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE****ART. 20 PRESTAZIONI ASSICURATE**

La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del termine dell'ultimo giorno del mese di compimento del 71° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in un'unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata al Beneficiario, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 21 "ESCLUSIONI".

Per i Decessi conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di sessanta giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

La prestazione assicurata è pari al Fido Accordato all'inizio del mese in cui si verifica il Decesso dell'Assicurato.

L'indennizzo non potrà essere superiore a Euro 200.000,00 per Assicurato come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO - PERIODO DI CARENZA".

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

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

In caso di accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato e di conseguente pagamento della prestazione assicurata, il Contratto di Assicurazione si estingue e nulla è più dovuto per il caso di decesso dell'Assicurato.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel periodo compreso tra la data di denuncia di Invalidità Totale Permanente e la data di accertamento e riconosciuta indennizzabilità della stessa, nel caso in cui il sinistro di Invalidità Totale Permanente sia stato ritenuto non indennizzabile, verrà liquidata la prestazione caso morte all'Impresa.

ART. 21 ESCLUSIONI

La prestazione assicurata di cui all'Art. 20 "PRESTAZIONI ASSICURATE" è garantita qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato, senza limiti territoriali e per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa.

E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- partecipazione attiva dell'Assicurato a: delitti dolosi, fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, risse tranne per il caso di legittima difesa, atti di terrorismo e sabotaggio;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- suicidio che avvenga nei primi due anni dalla data di decorrenza della copertura;

- uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico; malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati al momento della sottoscrizione dello stesso; malattie sottaciute per le quali siano state effettuate negli ultimi due anni cure farmacologiche per oltre 30 giorni;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Visita Medica nei casi in cui l'Assicurato decida di certificare l'effettivo suo stato di salute: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data in cui l'Assicurato si è sottoposto a visita medica;
- pratica di attività sportive professionistiche;
- pratica del paracadutismo o di sports aerei in genere;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altre patologie ad essa collegate;
- 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.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.

ART. 22 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del Decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla data di inizio della patologia che ha causato il Decesso;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative al primo ricovero e successivi ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso.

L'Impresa di Assicurazione, in presenza di particolari esigenze istruttorie, si riserva di richiedere ulteriori documenti in relazione alle 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

Ai fini dell'indennizzo sarà inoltre necessario produrre la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa; decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento

equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;

- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa
- evidenza del Fido Accordato all'Impresa all'inizio del mese in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato, che dovrà essere comunicato dalla filiale della Contraente.

Solo nel caso in cui la richiesta di liquidazione NON avvenga mediante la compilazione del Modulo di Denuncia Sinistro, l'Impresa dovrà inviare anche la seguente documentazione:

- nel caso in cui il titolare effettivo del Beneficiario non coincide con lo stesso, dati identificativi del titolare effettivo del Beneficiario;
- nel caso in cui il Beneficiario sia diverso dall'Impresa, dichiarazione che indichi il rapporto intercorrente tra Beneficiario e l'Impresa;
- autorizzazione al trattamento dei dati personali da fornire sul Modulo Privacy da richiedere all'Impresa di Assicurazione;
- recapito telefonico e/o indirizzo e-mail del Beneficiario/esecutore/legale rappresentante;

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento.

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

Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi causa.

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 23 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'invalidità totale e permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del termine dell'ultimo giorno del mese di compimento del 71° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Impresa, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 26 "ESCLUSIONI".

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

Per i sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di sessanta giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

La prestazione assicurata è pari al Fido accordato all'inizio del mese in cui si verifica il sinistro.

L'indennizzo non potrà essere superiore a Euro 200.000,00 per Assicurato come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO - PERIODO DI CARENZA".

In caso di accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato e di conseguente pagamento della prestazione assicurata, il Contratto di Assicurazione si estingue e nulla è più dovuto per il caso di decesso dell'Assicurato.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel periodo compreso tra la data di denuncia di Invalidità Totale Permanente e la data di accertamento e riconosciuta indennizzabilità della stessa, nel caso in cui il sinistro di Invalidità Totale Permanente sia stato ritenuto indennizzabile il decesso dell'Assicurato equivarrà ad avvenuto riconoscimento dell'invalidità e verrà liquidata la prestazione per Invalidità Totale e Permanente all'Impresa.

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

ART. 24 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Infortunio:

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr.1124) con le successive modifiche intervenute.

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

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

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

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

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

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

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

Malattia:

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

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, ossia da Malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata.

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

Si intendono Malattie concorrenti le Malattie o le Invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e dell'Invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo funzionale.

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

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

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

ART. 25 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

- Infortuni derivanti dall'uso e/o dalla guida di automotoveicoli e di natanti da diporto sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- Infortuni sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- Infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- Infortuni derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- Infortuni derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. Detta Assicurazione é estesa, in conformità alle Condizioni di Assicurazione, ai rischi di volo;
- asfissia non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- avvelenamento del sangue e infezione – escluso il virus H.I.V. – semprechè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- annegamento;
- lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;
- folgorazione;
- colpi di sole o di calore;
- assideramento o congelamento;
- lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini.

ART. 26 ESCLUSIONI

E' esclusa dalla Copertura Assicurativa l'Invalidità Totale e Permanente causata:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Medico; malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati

al momento della sottoscrizione dello stesso; malattie sottaciute per le quali siano state effettuate negli ultimi due anni cure farmacologiche per oltre 30 giorni;

- limitatamente alle Coperture Assicurate assunte con Visita Medica nei casi in cui l'Assicurato decida di certificare l'effettivo suo stato di salute: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data in cui l'Assicurato si è sottoposto a visita medica;
- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dall'uso di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo gli Infortuni subiti durante i viaggi aerei che venissero effettuati dall'Assicurato, in qualità di passeggero, su veicoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistiche e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs;
- dalla pratica di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- da proprie azioni delittuose o da partecipazione ad imprese temerarie;
- da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni;
- dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- da malattie mentali, disturbi psichici in genere e nevrosi;
- da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- da esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Non sono considerati Infortunio:

- le ernie;
- gli avvelenamenti, salvo quanto previsto all'Art. 28 "RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI" e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di Infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da Infortunio;
- gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- quelli subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Non sono considerati Malattia:

- l'infertilità e la sterilità.

ART. 27 PROVA

È a carico di chi domanda il pagamento della prestazione in caso di sinistro di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 28 VALUTAZIONE DEL DANNO – RICORSO ALL'ARBITRATO

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 della Copertura Invalidità Totale Permanente prestata 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'Impresa.

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. 29 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto, nelle modalità di cui all'Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", 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.

L'inadempimento di tale obbligo determina le conseguenze previste dall'art. 1915 C.C. ovvero la perdita del diritto all'indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso o la riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio sofferto dall'Impresa di Assicurazione, in caso di omissione colposa di tale obbligo.

Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

L'Impresa di Assicurazione si impegna ad accertare l'invalidità entro 90 giorni dalla data della denuncia. Per data di denuncia si intende la data di ricevimento della documentazione completa richiesta e di seguito riportata, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici.

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata alla denuncia la seguente documentazione:

- relazione sanitaria (su apposito modulo fornito dalla società) rilasciata dal medico curante attestante la causa dell'Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla data di inizio dell' Infortunio o patologia che ha causato l'invalidità totale e permanente;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative al primo ricovero e successivi ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione all' infortunio o malattia che ha causato l'invalidità totale e permanente.
- se effettuata, copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;

Ai fini dell'indennizzo sarà inoltre necessario produrre la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa; decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa
- evidenza del Fido Accordato all'Impresa all'inizio del mese in cui si verifica il sinistro, che dovrà essere comunicato dalla filiale della Contraente.



Aviva S.p.A.

Solo nel caso in cui la richiesta di liquidazione NON avvenga mediante la compilazione del Modulo di Denuncia Sinistro, l'Impresa dovrà inviare anche la seguente documentazione:

- nel caso in cui il titolare effettivo del Beneficiario non coincide con lo stesso, dati identificativi del titolare effettivo del Beneficiario;
- autorizzazione al trattamento dei dati personali da fornire sul Modulo Privacy da richiedere all'Impresa di Assicurazione;
- recapito telefonico e/o indirizzo e-mail del beneficiario/esecutore/legale rappresentante;

L'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dal presente Contratto, è obbligato:

- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dall'Impresa di Assicurazione per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- a fornire tutte le prove che dall'Impresa di Assicurazione fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

L'Impresa di Assicurazione si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

Data ultimo aggiornamento: 29 aprile 2016

3. GLOSSARIO

Assicurato

Assicurato è la persona fisica titolare, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, che ha aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione. L'Impresa indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi.

La stessa persona fisica non può contestualmente essere oggetto di più Coperture Assicurative nell'ambito della presente Polizza Collettiva.

Banca

UniCredit S.p.A., coincide con la Contraente.

Beneficiario

Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata: l'Impresa, salvo diversa designazione.

Carenza

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 00 della data di decorrenza delle Coperture Assicurative, durante il quale le garanzie non sono operanti. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, l'Impresa di Assicurazione non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente

UniCredit S.p.A., capogruppo del Gruppo Bancario UniCredit, Sede Sociale Via Alessandro Specchi 16 - 00186 Roma - Direzione Generale Piazza Gae Aulenti 3 – Tower A - 20154 Milano: Società presso la quale è stato richiesto l'Affidamento bancario e che stipula la Polizza Collettiva (Convenzione Assicurativa) con Aviva S.p.A., per conto degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale l'Impresa di Assicurazione, a fronte del pagamento di premi mensili, si impegna 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) attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

Contratto di Affidamento bancario

Per Contratto di Affidamento bancario (c.d. Fido) si intendono i fidi a breve termine - dallo stesso disciplinati - concessi dalla Contraente nelle varie forme tecniche, così come definita da Banca d'Italia.

Coperture Assicurative

Le garanzie assicurative prestate dall'Impresa di Assicurazione e generate dal versamento di premi mensili, a fronte delle quali l'Impresa di Assicurazione è obbligata al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Convenzione Assicurativa

Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. La Convenzione è sottoscritta tra Aviva S.p.A. e UniCredit S.p.A. - Contraente della Convenzione – .

Data di decorrenza delle Coperture

Sia per i Contratti di Affidamento bancario di nuova stipulazione che per i Contratti di Affidamento bancario già in corso le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato a condizione che sia stato pagato il premio contrattualmente previsto.



Aviva S.p.A.

Decesso

La morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni di polizza.

Durata delle Coperture Assicurative

Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza del Contratto di Assicurazione e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed ha validità il Contratto di Assicurazione stesso.

Fido accordato

È il limite economico entro il quale l'Impresa può utilizzare i Fidi concessi.

Impresa di Assicurazione

Aviva S.p.A., Impresa del Gruppo Aviva con sede in Via A. Scarsellini 14, 20161 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale n. 18240 del 28/7/1989 (Gazzetta Ufficiale n. 186 del 10/8/1989) - Codice Fiscale e Partita IVA 09269930153.

Impresa

La Società che ha sottoscritto con la Contraente un Contratto di Affidamento bancario.

Intermediario

Unicredit S.p.A., Contraente della Convenzione.

Indennizzo

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

Infortunio

Un evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

La perdita totale e permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, di grado pari o superiore al 60%, dovuta a infortunio o malattia. L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura Assicurativa 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 nr. 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" con le successive modifiche intervenute. La tabella aggiornata è consultabile sul sito WWW.NORMATTIVA.IT

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, subentrato ad ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135. L'IVASS svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Lettera di Benvenuto

Lettera inviata dalla Contraente all'Impresa successivamente alla Decorrenza delle Coperture Assicurative.



Aviva S.p.A.

Malattia

L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Margine di Solvibilità

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

Modulo di Adesione

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

Polizza Collettiva

La Polizza collettiva stipulata dalla Contraente UniCredit S.p.A. con AVIVA S.p.A., disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione, alla quale aderisce facoltativamente l'Impresa, sottoscrivendo, unitamente all'Assicurato il Modulo di Adesione.

Premio

Il premio è la somma dovuta all'Impresa di Assicurazione per le Coperture Assicurative prestate. Il premio di polizza è pagato dall'Impresa alla Contraente mensilmente, è variabile nel corso della durata contrattuale e viene determinato sulla base dell'importo del Fido Accordato all'inizio del mese.

Premio puro

Importo che rappresenta il corrispettivo base per le garanzie assicurative prestate dall'Impresa di Assicurazione con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione.

Questionario Medico

Il modulo costituito da domande sullo stato di salute dell'Assicurato.

Sinistro

È l'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione: Decesso dell'Assicurato o Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

Data ultimo aggiornamento: 29 aprile 2016



Aviva S.p.A.

4. INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi art. 13 D. Lgs. 196/2003)

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati forniti riferiti al Contraente e/o all'Assicurato - ed eventualmente a terzi beneficiari - saranno trattati da Aviva S.p.A. - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI) (di seguito, la "**Società**") – titolare del trattamento (di seguito, il "**Titolare**") – nonché dalle società appartenenti al medesimo gruppo societario per dare corso alle informazioni ed ai servizi richiesti, all'attività assicurativa e riassicurativa connessa al contratto di assicurazione e per la quale la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. In relazione a tale finalità Le viene richiesto di fornire il Suo consenso solo per il trattamento dei dati di natura sensibile eventualmente resi in occasione della sottoscrizione del contratto o che renderà in costanza del rapporto instaurato a qualsiasi titolo con la Società. A tale proposito precisiamo che eventuali e successive raccolte e, in genere, trattamenti di dati di natura sensibile dell'assicurato per ragioni connesse all'esecuzione del rapporto assicurativo verranno gestiti nel rispetto della normativa, per il tramite di personale medico e, ove necessario od opportuno, saranno regolati da specifica informativa.

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati o di altre tecniche di comunicazione a distanza e consisterà nelle operazioni indicate all'articolo 4, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 196/2003 e sue successive modifiche e/o integrazioni.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati personali è necessario per dare corso all'attivazione del rapporto assicurativo e nella vigenza del contratto, è obbligatorio qualora sia richiesto da specifiche normative, quali ad esempio quelle relative all'Antiriciclaggio, al Casellario Centrale Infortuni e alla Motorizzazione Civile.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto di fornire i Suoi dati o di fornire i consensi richiesti può comportare l'impossibilità di stipulare o eseguire il contratto, ovvero di gestire e liquidare il sinistro denunciato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1), ad altri soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, nonché attività e servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; banche dati esterne; IVASS e Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato; CONSAP e UCI. In tal caso, i dati identificativi dei suddetti altri titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso i suddetti soggetti.

In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, precisiamo inoltre che quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i dipendenti e/o collaboratori della Società di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute, nonché dipendenti e/o collaboratori di altre società appartenenti al Gruppo Aviva.

Inoltre, i dati personali possono essere comunicati per le medesime finalità ad altre società del medesimo gruppo societario (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente), a pubbliche Amministrazioni ove richiesto dalla legge, nonché a terzi fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco costantemente aggiornato delle altre società a cui saranno comunicati i Suoi dati e dei "responsabili" potrà essere richiesto in qualsiasi momento al Titolare, al seguente indirizzo Aviva S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI). In particolare le precisiamo che lei potrà esercitare



Aviva S.p.A.

il suo diritto di opposizione all'utilizzo dei dati anche solo parzialmente, con riferimento a specifiche finalità tra quelle sopra elencate.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali forniti potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, all'interno dell'Unione europea o in Paesi terzi, per le finalità di cui al punto 1) nel rispetto della vigente normativa ed in particolare degli articoli 42-45 del D. Lgs. 196/2003.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Fermi restando gli effetti indicati al precedente punto 4), Lei potrà in ogni momento e gratuitamente esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003 – e cioè conoscere quali dei Suoi dati vengono trattati, richiederne l'integrazione, la modifica o la cancellazione per violazione di legge, o opporsi al trattamento – inviando una comunicazione scritta ad Aviva S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI).

9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento dei dati è la Società i cui estremi identificativi sono descritti al precedente punto 1) Gli ulteriori dati identificativi sono stati comunicati alle competenti Autorità di controllo e sono disponibili presso la sede legale della Società.

L'elenco completo dei "responsabili" in essere è disponibile presentando richiesta scritta al Titolare.

MODULO DI ADESIONE “FIDO PROTETTO” (Tariffa CP39)

Dati Impresa Ragione Sociale _____	Dati Assicurato Cognome _____	Partita IVA / Codice Fiscale _____
Dati Coperture Assicurative		
Data adesione _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
Costi complessivi: 50% del premio mensile versato		
Importo percepito dall'Intermediario		
Importo percepito dall'Intermediario: 90% dei costi complessivi		

DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLA POLIZZA COLLETTIVA (valida per l'Impresa e l'Assicurato)

DICHIARO/IAMO che intendo/iamo aderire facoltativamente alle coperture assicurative Morte e Invalidità Totale Permanente a fronte di apposita polizza/convenzione nr. 210.792, che la Banca ha stipulato con AVIVA S.p.A. – per conto dei propri clienti che hanno sottoscritto un Contratto di Affidamento bancario rientrante tra i Finanziamenti a breve termine - e al riguardo:

DICHIARO/IAMO

- di designare quale Beneficiario della copertura caso Morte l'Impresa;
- di essere a conoscenza che per la copertura Invalidità Totale Permanente l'indennizzo verrà corrisposto all'Impresa stessa.

PRENDO/IAMO ATTO

- che in caso di Contratti di Affidamento bancario concessi per importi superiori al massimale di Euro 200.000,00 il limite di indennizzo si intenderà comunque pari ad Euro 200.000,00;
- che le suddette garanzie abbinabili al Contratto di Affidamento bancario richiesto/in corso con la Contraente sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che l'efficacia delle Coperture Assicurative è condizionata all'esistenza di un Contratto di Affidamento bancario (Concessione di Fido), oltre che all'avvenuto pagamento del primo premio mensile;
- che le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa stessa e dell'Assicurato a condizione che sia stato pagato il premio contrattualmente previsto e termina nei casi previsti all'Art. 6 “DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE” delle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia delle Coperture Assicurative è in ogni caso subordinata alla sottoscrizione del Questionario Medico riportato su apposito Modulo, che dovrà essere valutato positivamente dall'Impresa di Assicurazione;
- che si può recedere dalle Coperture Assicurative entro 60 giorni dalla Data di decorrenza. L'eventuale Premio pagato viene rimborsato all'Impresa, per il tramite della Contraente, come previsto dall'Art. 7 “DIRITTO DI RECESSO” delle Condizioni di Assicurazione;

DICHIARO/IAMO espressamente:

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- di aderire, in qualità di Impresa/Assicurato, alla polizza collettiva suindicata, che prevede il versamento di premi mensili per tutta la durata contrattuale;
- di prestare il consenso ai fini dell'art. 1919 c.c.
- di essere consapevole che, per essere ammesso alla Coperture Assicurative, dovrò essere in possesso dei requisiti previsti all' Art. 3 “REQUISITI DI ASSICURABILITÀ” delle Condizioni di Assicurazione;

SI DA MANDATO irrevocabile alla Banca ad addebitare i Premi assicurativi mensili sul conto corrente dell'Impresa, intrattenuto presso la Banca medesima e ad effettuare in nome e per conto dell'Impresa stessa il pagamento ad Aviva S.p.A.
I premi sono variabili e sono calcolati, in base all'importo del Fido Accordato all'inizio del mese, secondo le modalità determinate nelle Condizioni di Assicurazione.

_____, ____/____/____
luogo data

Firma dell'Assicurato _____ Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa _____

DICHIARO/IAMO ALTRESI'

- di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali ed il presente Modulo di Adesione;
- LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

_____, ____/____/____
luogo data

Firma dell'Assicurato _____ Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa _____

DICHIARO/IAMO

di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole vessatorie e il disposto dei seguenti articoli: Art. 5 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio); Art. 6 (Decorrenza e Durata delle Coperture Assicurative), Art. 11 (Denuncia del sinistro), Art. 17 (Foro competente), Art. 19 (Cessione dei diritti), Art. 20-23 (Prestazioni Assicurate), Art. 21-26 (Esclusioni).

_____, ____/____/____
luogo data

Firma dell'Assicurato _____ Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa _____

AVVERTENZE RELATIVE ALLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO AI FINI DELL'EFFICACIA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE:

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 23 D.LGS. N. 196/2003

Gli interessati (Assicurato/Legale Rappresentante dell'Impresa), preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) – riportata nei Fascicoli Informativi – acconsentono al trattamento dei loro dati personali, ivi compresi quelli sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

_____, ____/____/____
luogo data

Firma dell'Assicurato _____ Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa _____

Data ultimo aggiornamento: 29 aprile 2016

EDIZIONE 04/2016