



**Aviva S.p.A.**

Via A. Scarsellini 14 20161 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204

**CREDITOR PROTECTION INSURANCE A PREMIO MENSILE  
ABBINATA AI MUTUI RECALL  
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA  
(Tariffa CP29)**

**Polizza Collettiva nr. 210.748**

**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 PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI ADESIONE**

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

**La sottoscrizione della polizza è facoltativa e non condiziona l'erogazione del finanziamento**





Aviva S.p.A.

## 1. NOTA INFORMATIVA

### **CREDITOR PROTECTION INSURANCE A PREMIO MENSILE ABBINATA A MUTUI**

**Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio mensile ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 210.748**

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

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**

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

Indirizzi di posta elettronica:

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

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. - per conto dei propri clienti.

**La presente Copertura caso morte è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alle Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita d'Impiego prestate da Aviva Italia S.p.A. mediante la Polizza Collettiva di Assicurazioni Danni nr. 7.010.381. L'insieme delle Coperture costituisce il Prodotto Creditor Protection Insurance.**

La Durata della Copertura Assicurativa è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o con la durata residua (per i Finanziamenti già in corso), anche in caso di successiva modifica della stessa, nel limite minimo di 60 mesi (5 anni) e massimo di 480 mesi (40 anni) comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento.

L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.  
Il Contratto di Assicurazione prevede la prestazione assicurativa in caso di Decesso.  
Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 1 "PRESTAZIONE ASSICURATA" delle Condizioni di Assicurazione.

**L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 520.000,00 per Assicurato e per sinistro.  
Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" delle Condizioni di Assicurazione.  
Sono previste inoltre limitazioni relative all'età assicurabile ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione.  
Per maggiori dettagli si rinvia agli Artt. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ"; 5 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione.  
L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute.**

#### **4. PREMIO**

La prestazione assicurata è garantita previo pagamento all'Impresa di Assicurazione di Premi mensili, da parte dell'Assicurato, di importo costante per tutta la durata contrattuale.  
L'importo del premio mensile è calcolato applicando il tasso, pari a 0,04080% all'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) alla Data di decorrenza.  
Il primo premio mensile ed i premi mensili successivi vengono pagati dall'Assicurato, per il tramite della Contraente, mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso la Contraente medesima.  
Il primo premio mensile viene versato dall'Assicurato l'ultimo giorno del mese di sottoscrizione del Modulo di Adesione al Prodotto Creditor Protection Insurance.  
L'addebito dei premi mensili successivi viene effettuato alla fine di ogni mese.  
Nel Modulo di Adesione viene indicato l'importo del Premio mensile da corrispondere da parte dell'Assicurato per tutta la durata contrattuale.  
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 - riportato all'Art. 10 "DETERMINAZIONE DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 32% di ciascun Premio mensile versato.  
La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 86,33% del costo stesso.  
A titolo esemplificativo per un Premio mensile di Euro 100,00 i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 32,00 di cui Euro 27,63 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

**In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di Decesso, ovvero nei casi di surroga o di accollo del finanziamento la Copertura Assicurativa viene annullata dalla data di anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.**

**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. 11 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

---

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

---

#### **5. COSTI**

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

### 5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

Costo %
32%

Il costo è calcolato su ciascun Premio mensile versato.

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

\*\*\*

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

Quota-parte del costo retrocessa all'Intermediario
86,33%

## 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 nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.

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/Infortunati 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 in dipendenza del Contratto in caso di Decesso dell'Assicurato non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986.

### 7.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

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

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

#### **7.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ**

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

---

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

---

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

Per ciascun Assicurato, la Copertura decorre dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di pagamento del primo premio mensile a condizione che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione al Prodotto Creditor Protection Insurance e adempiuto a quanto previsto per la verifica del suo stato di salute.

Per la disciplina specifica si rinvia all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" ed all'Art. 7 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.

#### **9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

##### **9.1 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

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

- Decesso dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- cessazione del pagamento dei premi, trascorsi 30 giorni dalla scadenza del primo premio mensile non pagato;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del finanziamento da parte dell'Assicurato;
- surrogazione del finanziamento ai sensi della normativa vigente;
- accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 7 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" e dell'Art. 11 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

##### **9.2 CESSAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

In caso di cessazione del pagamento dei premi, trascorsi 30 giorni dalla scadenza del primo premio mensile non pagato, la Copertura Assicurativa si risolve.

Per maggior dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10.2 "CESSAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI" 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'Assicurato può recedere dal Prodotto Creditor Protection Insurance entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il finanziamento e compilando l'apposito Modulo. In alternativa potrà inviare comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, alla filiale della Contraente.



Aviva S.p.A.

L'eventuale Premio pagato verrà rimborsato all'Assicurato 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 DELLA PRESTAZIONE 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. 12 "DENUNCIA DEL SINISTRO" delle Condizioni di Assicurazione.

I Beneficiari potranno rivolgersi al seguente recapito per informazioni relative alla documentazione da produrre in caso di Sinistro:

**SERVIZIO CLIENTI**  
**Numero Verde 800 123 775**  
**dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00**

Per informazioni relative allo stato del Sinistro, successivamente all'apertura dello stesso, sarà possibile rivolgersi al **Numero Verde 800 113 085 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00.**

**Si richiama l'attenzione dell'Assicurato affinché sia 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*



Aviva S.p.A.

fax: 02 2775.245

indirizzo e-mail: [reclami\\_vita@avivaitalia.it](mailto: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 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](http://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.avivaitalia.it](http://www.avivaitalia.it).

Inoltre, sempre sul sito [www.avivaitalia.it](http://www.avivaitalia.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 dell'Assicurato 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 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.



Aviva S.p.A.

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 contenute nella presente Nota Informativa.***

**Il Rappresentante Legale**

**Patrick Dixneuf**

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Patrick Dixneuf", with a small cross-like mark at the end.

Data ultimo aggiornamento: 29 maggio 2015





Aviva S.p.A.

## 2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### **CREDITOR PROTECTION INSURANCE A PREMIO MENSILE ABBINATA A MUTUI**

**Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a premio mensile ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 210.748**

**Il testo integrale della Polizza Collettiva nr. 210.748, di cui alla Convenzione nr. 0055/T, 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).**

**La presente Copertura caso morte è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alle Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e Perdita d'Impiego prestate da Aviva Italia S.p.A. mediante la Polizza Collettiva di Assicurazioni Danni nr. 7.010.381.**

**L'insieme delle Coperture costituisce il Prodotto Creditor Protection Insurance.**

### **ART. 1 PRESTAZIONE ASSICURATA**

Il presente Contratto di Assicurazione 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 - il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 5 "ESCLUSIONI".

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 520.000,00 per Assicurato e per sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di più Cointestatari per lo stesso finanziamento con ripartizione dell'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o dell'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso), la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale richiesto/Debito residuo: pertanto l'Impresa di Assicurazione liquiderà in caso di Decesso dell'Assicurato ai Beneficiari una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del Decesso dell'Assicurato moltiplicato per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o l'importo del Debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

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

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione ai Beneficiari indicati al successivo Art. 9 "BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE".

### **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**

È assicurabile ciascuna persona fisica che abbia:

- sottoscritto un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata originaria (per i Finanziamenti di nuova erogazione)/durata residua (per i Finanziamenti già in corso) minima di 60 mesi (5 anni) e

massima di 480 mesi (40 anni). Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue;

- la residenza in Italia;
- un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni;
- sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia intestatario o cointestatario di più finanziamenti assicurati) e dell'età, secondo la tabella seguente:
  - 1) sottoscritto la Dichiarazione di Buono stato di salute;
  - 2) compilato il Questionario Medico;
  - 3) effettuato la Visita Medica e gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dall'Impresa di Assicurazione.

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

<b>Somma assicurata per Assicurato (*)</b>	<b>Età all'adesione da 18 a 60 anni compiuti</b>	<b>Età all'adesione da 61 a 65 anni compiuti</b>	<b>Età all'adesione da 66 a 70 anni non compiuti</b>
Fino a €200.000,00	Dichiarazione di Buono stato di salute	Questionario Medico	Visita Medica
Oltre € 200.000,00 - Fino a €300.000,00	Questionario Medico	Questionario Medico	Visita Medica
Oltre € 300.000,00 - Fino a €520.000,00	Visita Medica	Visita Medica	Visita Medica

(\*) *Ai fini del calcolo della somma assicurata:*

- *devono essere considerate anche altre eventuali Coperture Assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione;*
- *l'importo è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia intestatario o cointestatario di più finanziamenti assicurati.*

L'Impresa di Assicurazione, relativamente al Questionario Medico ed alla Visita Medica, si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'adesione alla Copertura Assicurativa.

Tali documenti vengono inviati in busta chiusa all'Impresa di Assicurazione Aviva S.p.A., Ufficio Assunzione, Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano.

In caso di cointestazione del finanziamento, ogni cointestatario, mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione può essere assicurato:

- pro quota (con capitale assicurato in parti uguali rispetto all'importo totale richiesto/Debito residuo del finanziamento);

oppure:

- per l'importo totale del finanziamento richiesto/Debito residuo del finanziamento.

Nel primo caso il rifiuto da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'adesione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno dei cointestatari del finanziamento, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del Debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione alla Copertura Assicurativa.

#### **ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO**

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

L'indennizzo non potrà superare Euro 520.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche nel caso in cui lo stesso sia coperto per più finanziamenti assicurati.

In caso di Finanziamenti di nuova erogazione o di Finanziamenti già in corso di importo superiore al massimale di Euro 520.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale e l'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o l'importo del Debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

#### **ART. 5 ESCLUSIONI**

La prestazione assicurata di cui all'Art. 1 "PRESTAZIONE ASSICURATA" 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;
- seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatesi e, solo per le garanzie prestate senza visita medica, malattie già in essere alla Data di decorrenza della Copertura;
- 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.viaggiareassicuri.it](http://www.viaggiareassicuri.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. 6 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 assicurativa, 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 dell'adesione alla Polizza Collettiva, devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della

sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

Nel caso di Finanziamenti di nuova erogazione, per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione è da ritenersi confermata purché l'erogazione del finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Se l'erogazione del finanziamento fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al precedente Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ", anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

#### **ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Per ciascun Assicurato, la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di pagamento del primo premio mensile all'Impresa di Assicurazione a condizione che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

La decorrenza della Copertura Assicurativa e la durata del Contratto di Finanziamento sono comunicate all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

La Durata della Copertura Assicurativa è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o con la durata residua (per i Finanziamenti già in corso), anche in caso di successiva modifica della stessa, nel limite minimo di 60 mesi (5 anni) e massimo di 480 mesi (40 anni) comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento.

L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.

In caso di estinzione parziale del finanziamento o di 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.

In ogni caso la garanzia cessa al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- Decesso dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- cessazione del pagamento dei premi, trascorsi 30 giorni dalla scadenza del primo premio mensile non pagato;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del finanziamento da parte dell'Assicurato;
- surrogazione del finanziamento ai sensi della normativa vigente;
- accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C.

Nel caso vi siano più Assicurati per il medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale dello stesso in seguito alla liquidazione dell'indennizzo per Decesso di un Assicurato, la garanzia cessa per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicata all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, l'anticipata estinzione totale del finanziamento.

Invece, qualora vi siano più Assicurati per il medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale oppure la surroga o l'accollo dello stesso, la garanzia cessa per tutti gli Assicurati.

In alternativa, gli Assicurati in vita avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del finanziamento.

In tutti questi casi gli indennizzi relativi alla Copertura Assicurativa saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del finanziamento.

#### **ART. 8 DIRITTO DI RECESSO**

L'Assicurato può recedere dal Prodotto Creditor Protection Insurance entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stata accesa la Copertura e compilando l'apposito modulo.

In alternativa al modulo l'Assicurato potrà inviare apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno sempre alla filiale della Contraente.

L'eventuale premio pagato verrà rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

## **ART. 9 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE**

Beneficiari sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato, salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato stesso nel Modulo di Adesione.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

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

- richiesta scritta indirizzata all'Impresa di Assicurazione Aviva S.p.A. – Ufficio Portafoglio – Via A. Scarsellini, n. 14 – 20161 Milano con allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato. La richiesta deve contenere, oltre ai dati anagrafici del nuovo Beneficiario/Beneficiari, la Data di decorrenza della Copertura Assicurativa;

oppure

- disposizione testamentaria, nei termini previsti dal Codice Civile (artt. 1920 e 1921), purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita. Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme, relative a tali polizze, fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

## **ART. 10 DETERMINAZIONE DEL PREMIO**

### **10.1 PAGAMENTO DEL PREMIO**

La Copertura Assicurativa è prestata dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione di Premi Mensili di importo costante per tutta la durata contrattuale.

Il premio viene determinato applicando il tasso, pari a 0,04080% all'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del Debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

Il primo premio mensile ed i premi mensili successivi vengono pagati dall'Assicurato mediante addebito, da parte della Contraente, sul proprio conto corrente intrattenuto presso la Contraente stessa.

Il primo premio mensile viene versato dall'Assicurato l'ultimo giorno del mese di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

L'addebito dei premi mensili successivi viene effettuato alla fine di ogni mese.

Nel Modulo di Adesione viene indicato l'importo del Premio mensile da corrispondere da parte dell'Assicurato per tutta la durata contrattuale.

### **10.2 CESSAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

L'Assicurato ha la facoltà di cessare il pagamento dei premi recandosi presso la filiale della Contraente, ove è stato acceso il finanziamento.

In alternativa, nei casi in cui sia venuto meno il rapporto tra la Contraente e l'Assicurato, lo stesso potrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

AVIVA S.p.A. Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano.

In caso di cessazione del pagamento dei premi mensili, trascorsi 30 giorni dalla scadenza del primo premio mensile non pagato:

- non è più possibile riattivare la Copertura Assicurativa;
- la Copertura Assicurativa si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione;

- non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa di Assicurazione.

#### **ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE / PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO**

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva alla liquidazione dell'Indennizzo per Decesso dell'Assicurato), ovvero nei casi di surroga o di accollo del finanziamento, la Copertura Assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

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

I premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

L'Assicurato non dovrà più corrispondere i successivi premi.

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.

La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato utilizzando l'apposito Modulo disponibile presso la sede della Contraente.

In questo caso l'indennizzo relativo alla Copertura Assicurativa sarà commisurato all'importo del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del finanziamento.

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.

#### **ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO**

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati utilizzando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il finanziamento oppure presso l'Impresa di Assicurazione.

Il Modulo debitamente compilato e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviato ad Aviva S.p.A. - 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.

L'Impresa di Assicurazione esegue il pagamento della prestazione garantita entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione di seguito indicata:

- copia del Modulo di Adesione alla Copertura Assicurativa comprensivo della dichiarazione di buono stato di salute o del Questionario Medico;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal soggetto munito di potere di firma;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del Debito residuo, in capo all'Assicurato, alla data di Decesso dell'Assicurato;
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico indicante la causa del Decesso;
- relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del Decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla data di inizio della patologia che ha causato il Decesso;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative al primo ricovero e successivi ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il Decesso;
- ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori - qualora essi siano minorenni o privi di capacità di agire - dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione anche la seguente documentazione:
  - copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità;

- copia del codice fiscale;
- dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario con indicati 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 nei quali siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (nel caso di "nipote" / "pronipote" specificare le generalità e la del data decesso del parente dell'Assicurato defunto in rappresentazione del quale vanta il titolo di erede) con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici e non esistono altri "eredi" oltre a quelli indicati;
- se l'Assicurato HA lasciato testamento: **verbale di pubblicazione, copia autenticata del testamento 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 nei quali siano indicati gli eredi testamentari, distinguendoli da eventuali legatari, e l'elenco dei suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (nel caso di "nipote" / "pronipote" specificare le generalità e la del data decesso del parente dell'Assicurato defunto in rappresentazione del quale vanta il titolo di erede) con la specifica indicazione che tali eredi testamentari ed eredi legittimi sono gli unici e non esistono altri "eredi" oltre a quelli indicati;
- **ricorso per l'autorizzazione e decreto del Giudice Tutelare** che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori, o privi della capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta. Nel decreto dovrà essere indicato il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato lo stesso. Il decreto potrà 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 di Assicurazione indicandone il numero di polizza; non potranno essere ritenute valide procure rilasciate per pratiche successorie;
- in caso di richiesta di liquidazione NON mediante la compilazione del Modulo di Denuncia Sinistro, **autorizzazione al trattamento dei dati personali da fornire sul Modulo Privacy** da richiedere all'Impresa di Assicurazione.

L'Impresa, 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.

**Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa 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.

### **ART. 13 ALTRE ASSICURAZIONI**

Resta convenuto che la Copertura Assicurativa può cumularsi con altre assicurazioni.

Di tale cumulo si terrà conto ai fini delle formalità assuntive di cui alla tabella riportata all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ".



Aviva S.p.A.

#### **ART. 14 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. 15 COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato all'Impresa di Assicurazione, con riferimento alla Polizza Collettiva, dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte dell'Impresa di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio dell'Assicurato.

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

La Contraente – in occasione del collocamento del Prodotto Creditor Protection Insurance e sotto la sua responsabilità – provvederà a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo redatto secondo il Regolamento 35 IVASS.

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

La Contraente terrà indenne e manlevata l'Impresa di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivarne dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

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

La legge applicabile è quella italiana.

#### **ART. 18 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 di Assicurazione.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo di mediazione previsto dalla normativa vigente, 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. 19 CESSIONE DEI DIRITTI**

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

Data ultimo aggiornamento: 29 maggio 2015





Aviva S.p.A.

### 3. GLOSSARIO

#### **Assicurato**

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè la persona fisica intestataria o cointestataria di un Mutuo erogato dalla Contraente, che abbia aderito al Prodotto Creditor Protection Insurance.

#### **Banca**

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

#### **Beneficiario**

Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata: gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato salvo diversa designazione.

#### **Cointestatario**

La persona che insieme all'intestatario del finanziamento risulta cointestatario dello stesso.

#### **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 il finanziamento 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 di importo costante per tutta la durata contrattuale, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in caso di Decesso dell'Assicurato.

#### **Contratto di Finanziamento**

Contratto con il quale la Contraente concede all'Assicurato un finanziamento.

#### **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 –.

#### **Copertura Assicurativa**

La garanzia assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione e generata dal versamento di premi mensili di importo costante per tutta la durata contrattuale, a fronte della quale l'Impresa di Assicurazione è obbligata al pagamento dell'indennizzo al verificarsi del Decesso dell'Assicurato.

#### **Data di decorrenza della Copertura Assicurativa**

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di pagamento del primo premio mensile da parte dell'Assicurato all'Impresa di Assicurazione a condizione che il Modulo di Adesione sia stato sottoscritto da parte dell'Assicurato stesso.

#### **Decesso**

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

#### **Debito residuo**

Quanto residua in linea capitale relativamente al finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute.

#### **Durata della Copertura Assicurativa**

Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza del Contratto di Assicurazione e la sua scadenza, durante il quale è operante la Garanzia ed ha validità il Contratto di Assicurazione.



Aviva S.p.A.

### **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

### **Indennizzo**

La somma dovuta dall'Impresa di Assicurazione, in base alla Copertura Assicurativa di cui al presente Contratto di Assicurazione, a seguito del verificarsi del Decesso dell'Assicurato.

### **Intermediario**

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

### **IVASS**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, e subentrata 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.

### **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'Assicurato, mediante il quale avviene l'adesione al Prodotto Creditor Protection Insurance e conseguentemente 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 l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

### **Premio**

La somma dovuta all'Impresa di Assicurazione per la Copertura Assicurativa prestata.

### **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.

### **Prodotto Creditor Protection Insurance**

Il pacchetto assicurativo costituito dalla Polizza Collettiva Temporanea Caso Morte, di cui al presente Contratto di Assicurazione, stipulata dalla Contraente con Aviva S.p.A. e dalla Polizza Collettiva di Assicurazione Danni stipulata dalla Contraente con Aviva Italia S.p.A.. L'Assicurato aderisce congiuntamente alle polizze con la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

### **Questionario Medico**

Il modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato.

### **Rapporto di Visita Medica**

Il modulo che deve essere compilato da un medico italiano relativo allo stato di salute dell'Assicurato.

### **Sinistro**

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione: Decesso dell'Assicurato.

Data ultimo aggiornamento: 29 maggio 2015

#### **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.



**Aviva S.p.A.**  
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano  
www.avivaitalia.it  
Tel. +39 02 2775.1  
Fax +39 02 2775.204

**Aviva Italia S.p.A.**  
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano  
www.avivaitalia.it  
Tel. +39 02 2775.1  
Fax +39 02 2775.204

**MODULO DI ADESIONE  
CREDITOR PROTECTION INSURANCE A PREMIO MENSILE  
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE  
AD ADESIONE FACOLTATIVA  
ABBINATE AI MUTUI**

Adesione Vita N° \_\_\_\_\_

Adesione Danni N° \_\_\_\_\_

<b>Dati Finanziamento</b>	
Domanda di Finanziamento N° _____	<input type="checkbox"/> NUOVA EROGAZIONE <input type="checkbox"/> GIÀ EROGATO Stipulato il _____
<b>Dati Assicurato</b>	
Cognome _____	Nome _____ Codice Fiscale _____
<b>Dati Copertura Assicurativa</b>	
Durata del Finanziamento in mesi _____	Durata residua del Finanziamento in mesi (solo per Finanziamenti già erogati) _____
Importo totale richiesto/Debito residuo Euro _____	Percentuale quota di Copertura Assicurativa _____ %
Prestazione Iniziale Assicurata Euro _____	
<b>Premio</b>	
Premio mensile Polizza Vita Euro _____	Premio mensile Polizza Danni Euro _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,50%)
Premio mensile Totale Euro _____	
<b>Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)</b>	
Costi Polizza Vita Euro _____	Costi Polizza Danni Euro _____
<b>Importo percepito dall'Intermediario</b>	
Importo percepito dall'Intermediario Polizza Vita Euro _____	Importo percepito dall'Intermediario Polizza Danni Euro _____

**DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE**

**DICHIARO** che, in relazione al finanziamento in corso (in caso di Finanziamento già erogato) o in caso di accoglimento della domanda di finanziamento (in caso di Finanziamento di nuova erogazione), la cui validità è pari a 180 giorni dalla data di sottoscrizione della stessa, intendo aderire facoltativamente al Prodotto Creditor Protection Insurance che comprende le seguenti Coperture Assicurative: Morte, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego a fronte di apposite Polizze/Convenzioni che la Banca ha stipulato con Aviva S.p.A. (per la Copertura Caso Morte) e con Aviva Italia S.p.A. (per le Coperture Danni) per conto dei propri clienti – e al riguardo,

**DICHIARO**

- di designare quali Beneficiari della Copertura Caso Morte i miei eredi testamentari o in mancanza i miei eredi legittimi, salvo quanto da me diversamente indicato nel presente Modulo di Adesione;
- di essere a conoscenza che per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego Beneficiario delle Coperture è l'Assicurato stesso.

**PRENDO ATTO**

- che la Prestazione Assicurata iniziale non può essere superiore ad Euro 520.000,00. In caso di finanziamento con importo totale richiesto/Debito residuo superiore al massimale di Euro 520.000,00, gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto tra tale massimale e l'importo totale richiesto/Debito residuo del finanziamento alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa;
- che le suddette garanzie si riferiscono:
  - per la Copertura Caso Morte (morte per tutte le cause - operante per tutti gli Assicurati) alla Polizza Collettiva nr. 210.748 che la Contraente ha stipulato con AVIVA S.p.A.;
  - per le Coperture Danni:
    - Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (operante per tutti gli Assicurati),

**Aviva S.p.A.**

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 247.000.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1284961 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09269930153 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18240 del 28/07/1989 (Gazzetta Ufficiale n. 186 del 10/08/1989) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00081 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00008



**Aviva Italia S.p.A.**

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09197520159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005



- Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia (operante per i soli Non Lavoratori),
- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (operante per i soli Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici),
- Perdita d'Impiego (operante per i soli Lavoratori Dipendenti di Enti Privati),

Le Polizze Collettive sono sottoscritte dalla Contraente per conto dei propri clienti;

- che le suddette garanzie abbinata al finanziamento 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 alla sottoscrizione del presente modulo, all'erogazione del finanziamento (in caso di Finanziamento di nuova erogazione), oltre che all'avvenuto pagamento del primo premio mensile;
- che le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del primo premio mensile da parte dell'Assicurato alle Imprese di Assicurazione e terminano alla data di scadenza del finanziamento o nei casi previsti all'Art. 7 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Vita e all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE" delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Danni.

La piena efficacia delle Coperture Assicurative è in ogni caso subordinata:

- alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE", di seguito riportata, ovvero
- alla sottoscrizione dell'eventuale Questionario Medico e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. In tali casi l'accettazione dell'adesione al Prodotto Creditor Protection Insurance è riservata alla Direzione dell'Impresa di Assicurazione Aviva S.p.A. ed il pagamento del Premio verrà effettuato qualora l'Impresa abbia comunicato l'accettazione del rischio;
- che si può recedere dal Prodotto Creditor Protection Insurance entro 60 giorni dalla Data di decorrenza. L'eventuale premio lordo pagato viene rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, come previsto dall'Art. 8 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione;
- che si può recedere dal Contratto di Assicurazione delle Coperture Danni a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di decorrenza con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso, conseguentemente il pagamento dei premi mensili verrà interrotto a partire dalla prima mensilità successiva alla data di effetto, come previsto dall'ART. 8 "DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE" delle Condizioni di Assicurazione.

#### DICHIARO 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 Assicurato, alle Polizze Collettive suindicate, che prevedono il versamento di Premi mensili dalla Data di decorrenza delle Coperture Assicurative per tutta la durata residua del finanziamento;
- di prestare il consenso ai fini dell'art. 1919 c.c.
- di essere consapevole che, per essere ammesso alle Coperture Assicurative, dovrò, in relazione alla mia età ed alla somma assicurata sottopormi alla modalità assuntiva prevista dall'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Vita e dall'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Danni;
- di non essere oggetto, nel caso la mia professione sia quella di lavoratore dipendente del settore privato, di una procedura di licenziamento, di mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni e di non usufruire o non aver usufruito negli ultimi 12 mesi della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria e/o Straordinaria.

**DO MANDATO** irrevocabile alla Banca ad addebitare l'importo dei Premi assicurativi sul mio conto corrente, intrattenuto presso la Banca medesima e ad effettuare in mio nome e per mio conto il pagamento ad AVIVA S.p.A. ed Aviva Italia S.p.A. I Premi mensili sono dovuti per una durata pari alla durata originale/residua del finanziamento e sono calcolati in base all'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure in base all'importo del Debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) secondo le modalità determinate nelle Condizioni di Assicurazione.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 luogo data Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

#### DICHIARO ALTRESI'

- di aver ricevuto i Fascicoli Informativi – redatti secondo le prescrizioni IVASS - contenenti 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 \_\_\_\_\_

#### DICHIARO

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:

- Fascicolo Polizza Vita: Art. 4 Limiti di indennizzo; Art. 5 Esclusioni; Art. 6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art. 7 Decorrenza e Durata della Copertura Assicurativa; Art. 8 Diritto di Recesso; Art. 10 Determinazione del Premio; Art. 12 Denuncia del sinistro; Art. 18 Foro competente; Art. 19 Cessione dei diritti.
- Fascicolo Polizza Danni: Art. 4 Limiti di indennizzo; Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art.6 Decorrenza e Durata delle Coperture Assicurative; Art. 7 Diritto di Recesso dal Contratto di Assicurazione; Art. 8 Diritto di Recesso nel corso della Durata Contrattuale; Art. 9 Determinazione del premio; Art. 11 Denuncia del sinistro; Art. 12 Pagamento dell'indennizzo; Art. 20 Foro competente; Art. 22 Cessione dei diritti; Art. 24-31-37-42 Prestazioni Assicurate; Art. 27-33-39-43 Esclusioni.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 luogo data Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Agli effetti della validità della Polizza DICHIARO espressamente:

1. di **ESSERE IN BUONO STATO DI SALUTE** ovvero di **NON ESSERE** e **NON ESSERE MAI STATO AFFETTO** da:
  - **MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-VASCOLARE** (quali, a titolo di esempio, ipertensione arteriosa, ipotensione arteriosa, arteriopatie, infarto, cardiopatia coronarica, cardiopatia ischemica, ictus, aneurisma, emorragia cerebrale, angina pectoris, aritmia)
  - **MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO** (quali, a titolo di esempio, insufficienza respiratoria, enfisema polmonare, silicosi, edema polmonare, fibrosi polmonare, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma bronchiale in terapia continuativa, polmonite, asbestosi, pleurite)
  - **MALATTIE NEUROLOGICHE E PSICHIATRICHE** (quali, a titolo di esempio, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, epilessia, nevrosi, sindrome depressiva, demenza, meningioma)
  - **MALATTIE DEL SANGUE** (quali, a titolo di esempio, emofilia, policitemia, trombofilia, trombocitosi, talassemia, anemia cronica, leucemia, mielodisplasia)
  - **MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE** (quali, a titolo di esempio, cirrosi epatica, epatite cronica, morbo di Crohn, esofagite, calcolosi biliare, gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, colite ulcerosa, pancreatite cronica)
  - **MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE** (quali, a titolo di esempio, insufficienza renale, ipertrofia prostatica, rene policistico, nefrite, calcolosi, papillomi vescicali, prostatiti, endometriosi)
  - **MALATTIE ENDOCRINE E METABOLICHE** (quali, a titolo di esempio, patologie tiroidee, affezioni surrenaliche, diabete, obesità, ipercolesterolemia)
  - **MALATTIE TUMORALI** (quali, a titolo di esempio, neoplasie maligne, emolinfopatie, cancro, linfomi, malattia di Hodgkin, carcinoma in situ (CIS), melanoma, tumori anche benigni, malattie linfonodali o ghiandolari)
  - **MALATTIE IMMUNOPATOLOGICHE** (quali, a titolo di esempio, sieropositività per virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, sclerodermia connettiviti sistemiche e vasculiti)
  - **MALATTIE OSTEOARTICOLARI** (quali, a titolo di esempio, artrite, fibromialgia, osteoporosi, ernia discale, morbo di Sudeck, osteomielite, TBC ossea, coxartrosi, gonartrosi)
2. di **NON PRESENTARE POSTUMI INVALIDANTI** che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità) e di **NON ESSERE TITOLARE** di **PENSIONE di INVALIDITÀ** o **INABILITÀ** oppure aver fatto domanda per ottenerla.
3. di **NON AVER SUBITO RICOVERI** o **INTERVENTI CHIRURGICI** negli **ULTIMI 5 ANNI e/o** di **NON ESSERE ATTUALMENTE IN ATTESA di RICOVERO**, salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto (senza complicanze), emorroidi, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica, fratture degli arti.
4. di **NON ESSERE** al momento della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione **SOTTO TRATTAMENTO MEDICO o FARMACOLOGICO** da più di **30 giorni consecutivi**.
5. di **NON ESSERE** stato affetto da **MALATTIE** o **INFORTUNI** che hanno comportato l'**ASSENZA TOTALE O PARZIALE DAL LAVORO** o l'**INTERRUZIONE TOTALE O PARZIALE DELLE NORMALI ATTIVITÀ** negli ultimi 3 anni per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza).

### AVVERTENZE:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione, possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- prima della sottoscrizione della "Dichiarazione di Buono Stato di Salute" l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in essa contenute.
- l'Assicurato ha il diritto di non sottoscrivere la presente "Dichiarazione di Buono Stato di Salute" e di richiedere all'Impresa di Assicurazione di poter produrre il Questionario Medico o potersi sottoporre - con costi a suo carico - a visita medica per certificare il proprio stato di salute.
- l'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame della documentazione sanitaria prodotta dall'Assicurato.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
luogo                      data

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

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

L'interessato (Assicurato), 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 – acconsente al trattamento dei suoi 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 \_\_\_\_\_

**DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE**

**DESIGNO**, quali Beneficiari della Copertura Caso Morte in base alla **Polizza Collettiva 210.748**, i seguenti soggetti:

Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____
Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
luogo data

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento: 29 maggio 2015

**EDIZIONE 06/2015**